L'ABEILLE ET L'OBSERVATEUR MÉDICAL
RÉUNIS.

ANNALES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

Par J. E. LEQUIME,
Professeur honoraire à l'Université de Bruxelles, médecin en chef de l'hôpital Saint-Jean, membre de la Commission médicale de la province du Brabant, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique et de plusieurs Sociétés savantes nationales et étrangères;

et J. DEBIEFVE,
Médecin des hospices des Ursulines et de Ste-Gertrude, secrétaire de la Commission médicale du Brabant, etc.

TOME PREMIER.
Janvier 1848.

BRUXELLES,
IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ENCYCLOGRAPHIQUES DES SCIENCES MÉDICALES DE N.-J. GREGOIR,
ÉDITEUR, FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1848.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Traitement de l'épilepsie; par M. Delasiauve, médecin de Bicêtre.

(Suite : *voir* t. II, mai 1847, p. 216; juin p. 354; t. III, juillet, p. 65; septembre, p. 303; t. IV, novembre, p. 161; décembre, p. 289.)

(Annales médico-psychologiques, novembre 1847.)

Il n'est guère d'organe dont quelque affection ne puisse ainsi se lier à l'épilepsie. Le tube digestif, le poumon, le cœur, la rate, les reins, la vessie, l'appareil générateur, ont été tous désignés par les auteurs; mais ces rapports sont difficiles à constater, et surtout il ne peut en ressortir que des inductions thérapeutiques très-vagues et très-générales. La seule condition morbide de ce genre qui mérite une considération spéciale, c'est la présence des vers dans les intestins. Aucun médecin n'ignore les réactions nerveuses que sont susceptibles de développer l'agacement et l'irritation produits par ces entozoaires. Très-souvent ils donnent lieu à une fièvre ardente, à des symptômes graves de méningite, à des convulsions, etc.

Dans l'historique des traitements qui précèdent, on voit plusieurs exemples de guérisons incidemment obtenues par l'évacuation des vers en plus ou moins grand nombre. Les ouvrages médicaux contiennent d'autres observations encore, dans la plupart desquelles les médications spécifiques ont été mises en usage en vue de procurer cette expulsion. Bartholin, par exemple, donna à une femme, qui avait vainement employé une foule d'anti-épileptiques, les pilules mercurielles, lesquelles lui firent rendre beaucoup de vers, et les accès cessèrent (*Cent.* 4, obs. VII). Un enfant de six ans avait chaque jour des attaques qui commençaient par un sentiment douloureux du bas-ventre; il guérit par des vermifuges que lui prescrivit Stahl et qui provoquèrent la sortie d'une grande quantité d'ascarides (*Théor. méd.*, p. 1018). Une jeune fille fut délivrée de la même manière par Heister au moyen du mercure cru uni au quinquina (Liv. II, p. 285).

Tissot, qui regarde la disposition vermineuse comme très-favorable à la production de la maladie épileptique, a extrait d'une dissertation inaugurale (de Melle, *De vi vitali*, § 107, Leide) un cas d'épilepsie entretenue par un ver solitaire, et dont le malade fut débarrassé par un mélange d'huile d'amandes amères et d'huile de térébenthine ; lui-même a guéri une épilepsie vermineuse avec la poudre cornachine et le mercure doux (p. 253). On lit encore dans cet auteur l'histoire de deux guérisons à la suite de l'expulsion spontanée de longs fragments de vers plats. Selon lui, les épilepsies produites par cette espèce de vers sont très-difficiles à détruire. Portal, de son côté, raconte quelques faits remarquables : un enfant était devenu épileptique par le concours d'une double cause, le travail de la dentition et l'influence vermineuse. Entre autres moyens propres à dissiper la congestion cérébrale, on répéta les vermifuges, notamment l'huile de ricin dans une décoction d'absinthe ; le malade n'avait point évacué de vers, lorsque, purgé dans une fièvre putride, il rendit un tœnia de six aunes de long, dont la sortie mit fin aux accès (p. 339). Chez un second malade, l'épilepsie avait succédé à une affection herpétique trop tôt supprimée. Les moyens ordinaires ayant échoué, on finit par reconnaître tous les signes qui annoncent la présence des vers dans les intestins ; des anthelminthiques, des purgatifs vermifuges furent administrés, et la guérison devint le prix de ce traitement continué avec persévérance (342). Dans un dernier cas, Portal prescrivit à plusieurs reprises, et toujours inutilement, des préparations anthelminthiques à un enfant de trois ans épileptique, qu'il supposait avoir des vers : mais peu de temps après, ce même enfant, ayant pris 3 gros d'huile de ricin, rendit un gros strongle, et fut, sinon complétement délivré, du moins considérablement soulagé de sa maladie. On doit aussi au docteur Haasbauer, médecin à Schœrding, un exemple analogue aux précédents : son malade avait des accès tous les quinze jours ; ils disparurent après une évacuation de vers produite par l'usage de la santoline et du calomel unis à la valériane et à d'autres anti-épileptiques (*Journ. compl. du Dict. des scienc. méd.*, t. XVI, p. 285). M. Michel de Barbentane, ayant eu enfin à soigner un jeune garçon de dix ans dont les attaques avaient cinq années d'existence et revenaient tous les quinze jours, lui donna en vain plusieurs anti-épileptiques connus, l'indigo en particulier. Soupçonnant alors qu'il pouvait y avoir des vers, il eut recours successivement à l'huile de ricin, au mercure et au croton tiglium, qui, par l'expulsion de nombreux pelotons de ces hôtes incommodes, déterminèrent la cure.

On n'a pas constamment le bonheur de provoquer du premier coup la sortie des entozoaires. Si dans certains cas des indices trompeurs exposent à insister sur des remèdes tout au moins inutiles, beaucoup plus souvent la réussite tient à une judicieuse persévérance ; quelquefois les vers, en s'entrelaçant, forment une sorte de faisceau qui résiste à l'agression des médicaments, ou se cantonnent dans des lieux d'où il est difficile de les déloger. Une jeune fille de douze ans avait une affection abdominale ; nous supposions cette affection causée par des vers, parce que la malade en offrait les caractères et qu'elle en avait rendu quelques-uns. Toutefois, plusieurs vermifuges furent donnés sans résultat; mais nous n'abandonnâmes pas pour cela le traitement, et un jour, en une seule fois, sortit un peloton de dix vers lombricoïdes, dont l'expulsion marqua le terme des accidents. Dans une autre circonstance, nous fûmes témoin encore d'un événement analogue et non moins remarquable, exclusivement dû au hasard : appelé auprès d'un garçon de sept ans, maigre et d'une constitution éminemment lymphatique, nous reconnûmes chez lui l'existence d'une pleuro-pneumonie grave et étendue du côté gauche ; la fièvre était intense, le point de côté considérable, la respiration saccadée et très-pénible, l'expectoration abondante et rouillée ; il y avait en arrière de la poitrine un affaiblissement général de la résonnance, et l'on entendait, dans plus des deux tiers du poumon, soit du râle crépitant, soit du souffle bronchique. Nous eûmes naturellement recours à des moyens énergiques, dont les principaux consistèrent en trois petites saignées du bras et en deux applications de sangsues ; bientôt tous les signes locaux disparurent; seul l'état fébrile n'avait pas subi la décroissance des autres phénomènes, ce qui nous inspirait à la fois de la surprise et de l'inquiétude ; or, cette convalescence suspecte durait depuis quatre jours, lorsqu'une nouvelle douleur vint inopinément éclater dans le même côté, mais un peu au-dessous de la précédente. Que pouvait être cette douleur ? Cette fois elle ne s'accompagnait plus de désordre dans la poitrine ; nous renonçâmes à en déterminer la nature, et comme le sujet débile par lui-même venait de subir un traitement qui avait contribué à l'épuiser encore, au lieu de recourir aux antiphlogistiques, qui auraient pu être nuisibles, nous nous décidâmes pour l'application d'un très-large vésicatoire volant camphré sur la région douloureuse. Serait-ce l'impression des cantharides et du camphre ? Quoiqu'il en soit, le malade, pris de nausées, vomit sept lombrics enchevêtrés les uns dans les autres : fièvre et douleur partirent comme par enchantement. Selon toute vraisemblance, les parasites

s'étaient retranchés dans le grand cul-de-sac du ventricule comme dans un fort inexpugnable.

Du reste, le choix des spécifiques antivermineux, dont on ne paraît guère s'être préoccupé, n'est pas sans influence sur le succès du traitement. Certains d'entre eux, comme l'éther par exemple, à cause de leur diffusibilité, n'agissent que dans les premières voies ou dans la fin du gros intestin, lorsqu'ils sont introduits en lavement, tandis que d'autres, moins aisément absorbables, parcourent en totalité ou en grande partie la longueur du tube intestinal. Quelques-uns aussi conviennent spécialement à certaines espèces de vers et non point à d'autres. Dans l'occasion, il importe donc de ne pas négliger l'étude de ces circonstances. On n'attend pas que nous fassions ici l'histoire des différents vermifuges, la nomenclature en est connue ; disons seulement que les plus généralement usités sont : le semencontra, la mousse de Corse, la fougère mâle, l'écorce et la racine de grenadier, l'absinthe, l'éther, le calomel, l'huile de ricin, de croton, l'essence de térébenthine, etc., etc. La valériane elle-même jouit de propriétés vermifuges prononcées ; aussi son association aux autres anthelminthiques est-elle d'autant mieux indiquée qu'elle a une action propre sur l'épilepsie. Dans une foule de cas du genre de ceux que nous venons d'exposer, Marchant, au dire de Tissot, aurait tiré de cette union un grand avantage (p. 243).

Les maladies cutanées et surtout la gale jouent, à l'égard de l'épilepsie, un rôle particulier, dont quelques observations ont pu déjà donner l'idée. Sans doute, par l'irritation qu'elles occasionnent, elles sont susceptibles, comme les autres affections, de provoquer sympathiquement les convulsions épileptiques, mais en général leur mode d'influence est différent, et elles n'ont guère ce résultat que lorsqu'elles s'effacent et disparaissent. Il semble que le principe morbide, que le vice qui les entretenait, refoulé, répercuté comme on dit dans l'économie, aille porter ses ravages sur d'autres organes et, dans ce cas-ci, sur l'encéphale et ses dépendances. Les auteurs qui ont écrit sur le mal caduc en ont tous recueilli des exemples. Le meilleur moyen pour détruire ces épilepsies, justement nommées métastatiques, consiste à rappeler l'affection primitive quand la chose est possible, ou à la remplacer dans les conditions opposées par quelque travail morbide extérieur. Hoffmann parle d'une épilepsie qui aurait été guérie par une éruption psorique ; mais cet auteur ne dit point ce qu'il eût été important de savoir, si elle en avait aussi été précédée. Tissot, qui cite ce fait, a vu lui-même une fille de dix-sept

ans, atteinte d'épilepsie, et qui, après quinze jours de l'usage de la valériane, contracta une gale pour laquelle il la soigna pendant six semaines. Tant que dura cette maladie, les accès, qui avaient lieu dix à douze fois par mois, ne parurent point, mais ils revinrent dès qu'elle eut disparu elle-même. Chassée de nouveau par la reprise de la valériane, qui provoqua une seconde gale, ils se reproduisirent encore lorsque celle-ci fut passée. Cette alternative eut lieu trois fois. Tissot conseilla les fortifiants à l'intérieur et un cautère à la jambe gauche, siége des démangeaisons les plus fortes; ayant perdu de vue la malade, il n'a su si elle était rétablie, mais il en manifeste l'espoir (p. 186). Quoique intéressante, cette observation, comme celle d'Hoffman, laisse à désirer la chose essentielle. Il convient, d'ailleurs, de remarquer que l'effet produit en cette circonstance n'a rien d'exceptionnel, et qu'ainsi que nous l'avons montré on le retrouve à l'égard des diverses maladies qui se déclarent dans le cours de l'épilepsie. Portal fit mettre la chemise d'un galeux à un épileptique, chez lequel l'emploi de l'eau de Goulard avait opéré la répercussion de la gale. La gale survint en effet, mais sans porter aucun amendement à l'épilepsie. « Peut-être, dit l'auteur, cette inoculation a-t-elle été faite tardivement (p. 94). » Ce qui porterait à le croire, c'est que, par la communication artificielle de la gale, Archambault guérit une dame chez laquelle les accès, attribués à la rétrocession d'une affection psorique, avaient résisté à une foule de remèdes (*Journ. gén. de méd.*, t. LVII, p. 94). Un médecin italien, Valli, se livra en 1808 à de curieuses expériences sur le sujet qui nous occupe. Nos armées présentaient alors beaucoup de galeux et d'épileptiques. Or, soupçonnant que parmi ces derniers plusieurs pouvaient devoir leur affection à une gale rentrée, il en soumit soixante à la contagion, mais deux seulement furent guéris. Ce résultat est faible, assurément; on doit, toutefois, en tenir compte.

Nous avons avancé que l'irritation, à laquelle donnaient lieu les maladies cutanées, pouvait entretenir les accidents épileptiques. Dans ce cas, s'il était soupçonné, au lieu de respecter l'éruption, il est clair qu'il faudrait tendre à la faire cesser. Le docteur Viguié, de Rouen, guérit de la sorte un épileptique, âgé de 18 ans, en remédiant au vice psorique (Portal, p. 293).

Certaines conditions générales de l'économie peuvent favoriser la production de l'épilepsie ou imprimer à cette affection un cachet spécial. On a attribué cette influence, parfois assez vaguement, à diverses diathèses, à divers vices ou intoxications; et de même que l'on avait admis des épilepsies vermineuses et herpétiques,

on a également reconnu des épilepsies scrofuleuses, rachitiques, rabiques, vénériennes, et, dans ces derniers temps, saturnines. Comme, au point de vue thérapeutique, le seul énoncé de ces espèces emporte avec lui l'idée de la médication, qui n'est autre que celle de la disposition constitutionnelle elle-même, nous croyons ne pas devoir insister sur chacune d'elles. Nous entrerons seulement dans quelques détails relativement aux épilepsies vénériennes et saturnines, dont la réalité paraît le moins sujette à contestation.

Pour s'expliquer l'origine syphilitique de l'épilepsie, il suffit de penser que le cerveau, et surtout les parois osseuses qui l'environnent, ne sont pas moins que les autres organes susceptibles de recevoir l'impression détériorante du virus vénérien. On est en droit de la soupçonner lorsque les symptômes convulsifs, consécutifs à l'infection, sont en outre accompagnés des phénomènes qui annoncent la syphilis secondaire. Que si l'épilepsie a préexisté à l'introduction du virus et partant aux désordres qu'il produit, ces désordres doivent être regardés comme une complication importante, si leur apparition a été le signal d'une aggravation notable des attaques. Dans ce double cas, les moyens propres à combattre le mal vénérien ont procuré d'incontestables avantages. « Ils sont même alors, dit Tissot, le seul vrai remède (p. 346). » Locher dut au mercure la guérison d'un épilepsie, sinon causée par la vérole, du moins coïncidant avec elle. Entre autres symptômes syphilitiques, le sujet de son observation portait au crâne un tophus considérable. Il lui fit prendre du sublimé corrosif, remède sur lequel il faisait à cette époque des expériences. Le résultat ne fut pas d'abord sensible, mais le tophus étant venu à s'ouvrir, les deux maladies se terminèrent en même temps (*Obs. prat.*, p. 41). Piso guérit par la salivation un homme que le virus vénérien avait jeté dans l'épilepsie. Scardona réalisa le même succès chez une veuve de 30 ans, qui avait deux ou trois accès par jour, et qui, n'ayant pas de suite avoué que les accidents épileptiques avaient commencé par une gonorrhée, usa sans aucun profit des remèdes ordinaires (*Aph. de Cognos. et cur. morb.*, l. I, p. 163). Dans son mémoire sur l'épilepsie (p. 28 et 130), Maisonneuve rapporte à son tour l'histoire de deux épileptiques vénériens traités heureusement par l'administration des mercuriaux. On trouve dans le *Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie* (t. LVII, p. 95) une observation analogue. Le mal caduc provenait, dans ce cas, de la métastase d'un bubon vénérien. Portal cite le fait d'un enfant qui, allaité par une nourrice vénérienne, devint rachitique et épilep-

tique. L'emploi longtemps continué du sirop de Bellet, uni aux bains et aux fortifiants, le débarrassa de ses attaques, mais il resta difforme (p. 282).

On sait que Cullerier oncle a publié quelques pages remarquables sur l'épilepsie syphilitique (*Journ. gén. de méd.*, t. XIV, p. 271). Il paraît qu'alors cette variété de la maladie avait été perdue de vue ; car des écrivains, ignorant sans doute les observations qui précèdent, lui ont attribué à tort l'honneur de l'avoir le premier signalée. Quoiqu'il en soit, le mémoire de Cullerier contient deux cas de guérison par les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swiéten et le sirop sudorifique. Son premier malade, âgé de trente ans, avait, depuis trois ans qu'il était atteint, épuisé toutes les ressources de la pharmacie. En soixante jours on lui fit vingt-huit frictions ; la guérison avait un an de date. Chez le second, âgé de trente-trois ans, l'épilepsie était survenue seulement depuis six mois. Ces deux épilepsies ont débuté après la syphilis, et il a été impossible de leur assigner une autre cause.

L'auteur d'un journal italien, le docteur Veigel, prétend avoir obtenu plusieurs guérisons en poussant jusqu'à la salivation l'usage du mercure (*Bibl. Ital.*, t. IV, p. 1). Mais il n'est pas sûr qu'au lieu d'être cause la maladie vénérienne ne fût pas seulement coïncidente. Pareil doute n'existe point dans l'observation suivante de M. Gibert. Une altération syphilitique des os du crâne avait déterminé les mouvements convulsifs. Le traitement vénérien triompha simultanément des deux affections (*Rev. méd.*, t. III, p. 365, 1835).

Dans les observations qu'on vient de lire, le mercure figure presque exclusivement comme base du traitement de l'épilepsie syphilitique. Anciennes déjà, elles ont été recueillies dans un temps où l'on n'avait point encore l'usage des préparations iodées, qui sont regardées comme si efficaces contre les accidents secondaires et tertiaires de la vérole. Vraisemblablement ces préparations ne le céderaient en rien aux mercuriaux dans les circonstances où ceux-ci réussissent.

Peu d'auteurs se sont occupés du mode d'administration du mercure dans le cas dont il s'agit. Portal donne en général la préférence aux frictions à petites doses et à distances assez éloignées. Elles n'ont pas, unies surtout à un peu de camphre et d'extrait d'opium, l'inconvénient de provoquer une prompte salivation, ni celui de causer, comme le sublimé corrosif, des accidents inflammatoires et nerveux, principalement aux sujets irritables. Si cette distinction est fondée, elle est aussi restreinte;

et, en l'absence d'indications plus précises, la nécessité fait une loi, relativement aux prescriptions des mercuriaux, de se conformer aux règles le plus habituellement suivies.

La médication mercurielle se confond pour ainsi dire avec le traitement de l'épilepsie vénérienne; aussi n'avons-nous pas cru devoir lui consacrer une place à part parmi les autres remèdes. Cependant quelques praticiens, contrairement à Tissot, pour qui le mercure n'est point un anti-épileptique, assurent l'avoir appliqué avec succès dans les différents genres d'épilepsie. Willis croyait, toutefois sans être étayé d'expériences acquises, que les convulsions épileptiques pouvaient être complétement dissipées par la salivation mercurielle (*Maux vénériens*, p. 197). Housset propose le mercure comme le plus actif et le plus prompt qu'on puisse imaginer pour la guérison radicale de l'épilepsie idiopathique, et il cite à cette occasion le fait d'un jeune homme à qui il procura une salivation pendant plus de trois mois, et qui mourut trois ans après d'une affection étrangère sans avoir eu d'accès (*Dissert. sur les parties sensibles du corps humain*, p. 72). Il est vrai que le malade usa en même temps de bains, de saignées et de purgatifs. Portal administra encore ce remède à un enfant qui guérit après avoir évacué deux vers strongles (p. 420); il aurait par conséquent agi ici comme vermifuge plutôt que comme anti-épileptique. Nous avons prescrit aussi le calomel à différents malades et notamment à trois qui éprouvèrent une salivation abondante et prolongée; ce médicament n'a que médiocrement ralenti les attaques, excepté chez l'un d'eux, *qui fut* pendant quelques semaines sans en éprouver, tandis qu'auparavant elles étaient fréquentes et rapprochées.

Si le mercure remédie aux accidents de la syphilis, il en cause quelquefois de non moins graves. D'après Portal, on a signalé plusieurs épilepsies qui ont été attribuées à ses effets. Il convient donc de mettre de la réserve dans l'emploi qu'on en peut faire, afin de ne pas aggraver des accidents qu'on cherche à détruire.

Si les bases du traitement de l'épilepsie vénérienne sont à peu près arrêtées, il n'en est pas de même de celui de l'épilepsie saturnine. Cela ne doit point étonner, puisqu'il y a dix ans à peine que cette affection a commencé à être étudiée avec quelque soin. On en avait parlé sans doute avant cette époque; mais restreintes, confondues dans des traités généraux, isolées dans des recueils périodiques ou vaguement présentées, les observations dont elle avait été l'objet n'ont point fait une sensation suffisante. Aujourd'hui, nous connaissons mieux l'épilepsie saturnine, grâce à plusieurs écrits récents, et en particulier à

l'important et remarquable ouvrage de M. Tanquerel des Planches sur les maladies de plomb, qui contient à cet égard les notions les plus étendues et les plus approfondies. Dans la nomenclature de ce savant confrère, l'épilepsie saturnine constitue une des variétés de son encéphalopathie, dénomination heureuse qui est restée dans la science. La fréquence de cette maladie est beaucoup plus considérable qu'on ne serait tenté de l'imaginer d'abord. Sur trente et un sujets atteints d'accès saturnins dont M. Tanquerel a exposé au long l'histoire, elle s'est montrée chez onze, c'est-à-dire dans plus d'un tiers des cas. M. Nivet, de son côté, a mentionné une vingtaine d'exemples appartenant à divers auteurs. (*Gazette méd.*, p. 104, 1837).

L'épilepsie saturnine offre de nombreuses différences avec les autres épilepsies. A part l'*aura*, qu'on n'a point signalé encore, on retrouve, il est vrai, dans les accès la succession des phénomènes ordinaires : cri initial, perte subite de connaissance, secousses spasmodiques, intumescence violacée de la face, pâleur livide, sterteur, écume à la bouche, prostration, hébétude; mais ces accès n'ont point le caractère d'isolement tranché qui d'habitude donne à la maladie sa physionomie propre et indépendante. Ils ne sont qu'une des expressions de l'état de souffrance qui les produit, qu'une des faces d'un appareil symptomatique plus général. L'épilepsie est toujours accompagnée alors de délire, de coma, de paralysies, de convulsions, etc. ; ou le plus souvent même elle ne fait, en les aggravant, que s'ajouter à ces signes, manifestations plus constantes du travail morbide continu dont le cerveau est le siége. Transitoire, d'ailleurs, comme ce travail morbide auquel elle est lié, elle a une marche essentiellement rapide, quelle qu'en soit l'issue, favorable ou funeste. Du moins, lorsque la guérison a été opérée, on n'a point noté de récidive.

D'après les faits connus, le pronostic aurait beaucoup de gravité. Presque tous les cas de M. Nivet, deux ou trois exceptés, ont été mortels. Ceux dont se compose la statistique de M. Tanquerel sont infiniment plus heureux : sur quatorze malades affectés, cinq de convulsions simples, sept d'épilepsie, deux seulement ont succombé (p. 345). Cette diversité de résultats tient-elle, comme le pense M. Tanquerel, à la différence des médications? En comparant les méthodes, on est en effet conduit à le présumer.

Il y a, selon M. Nivet, deux indications à remplir dans le traitement de l'épilepsie saturnine : combattre la colique qui persiste, puis l'affection cérébrale. Pour cela, malheureusement, il avoue ne pas savoir quels sont les moyens efficaces. Les saignées lui ont

paru nuisibles, la valériane sans effet. Il augure mieux des opiacés associés aux sudorifiques, desquels il espère l'élimination du principe toxique. Deux guérisons obtenues par le docteur Canuet, à l'aide des émissions sanguines générales et locales et des vésicatoires, sont à ses yeux des cas exceptionnels. On aurait également combiné sans le moindre succès le traitement de la Charité avec la valériane, les opiacés, les exutoires et les affusions froides. Le vin émétique, les potions antispasmodiques, le sulfate de quinine, l'extrait de quinquina, ont enfin été parfaitement inutiles.

M. Grisolle, dans un mémoire sur les accidents cérébraux saturnins, a exprimé les mêmes doutes que M. Nivet (*Journ. hebdomad.*, p. 395, t. IV, 1836). Il ne préconise ni n'exclut aucun moyen en particulier, même la saignée, qui convient, à son avis, lorsque le pouls est dur, large et fréquent. Il recommande le traitement de la Charité dans les cas où la colique continue son cours. L'opium peut avoir son utilité, et M. Grisolle blâme la pusillanimité de certains médecins qui redoutent son emploi, dût-il survenir un peu de narcotisme, condition favorable à l'action de cette substance. Il insiste encore sur les révulsifs externes, appliqués de préférence sur un endroit rapproché du mal, sur le cuir chevelu. Mais le remède que surtout il affectionne, c'est l'affusion froide. « J'ai vu, dit-il, employer cette médication trois fois. Deux des malades ont guéri, et le troisième avait éprouvé une amélioration passagère, lorsqu'il fut emporté dans un accès. » Dans les cas de guérison, ajoute-t-il plus loin, les accès ont cessé de se reproduire immédiatement après l'affusion. Les malades se sont aussitôt endormis, et à leur réveil l'intelligence était à peu près intacte. » La durée de l'affusion varie suivant la force du sujet et l'intensité des accidents. En général, elle doit être de deux à trois minutes, et, pour l'administrer, il faut choisir l'intervalle des attaques.

M. Tanquerel n'indique point de traitement spécial pour l'épilepsie saturnine. Il confond sous ce rapport toutes les formes de l'encéphalopathie comme dérivant d'un même principe morbide, et réclamant par conséquent les mêmes applications thérapeutiques. Passant en revue les agents des diverses méthodes plus exposées, il les rejette à peu près tous comme nuls ou dangereux. Il avait d'abord eu une certaine confiance dans l'opium à haute dose ; mais l'expérience ne l'a point justifiée, car sur six malades quatre ont succombé, et les deux autres n'ont point recouvré la raison plutôt que les individus dont la maladie a été abandonnée aux seuls efforts de la nature. Les affusions froides

ont échoué une fois sur trois ; mais dans les deux autres cas, contrairement aux faits relatés par M. Grisolle, les accès n'ont point cessé de se reproduire immédiatement après l'affusion. Le traitement de la Charité, l'huile de croton tiglium, la limonade sulfurique, la valériane, le sulfate de quinine, n'ont eu également que des effets équivoques ou stériles. Les meilleurs résultats observés par M. Tanquerel sont dus à l'abstention de toute méthode énergique. Chez trente-quatre malades, dont huit atteints de la forme délirante, deux de la forme comateuse, vingt-quatre de toutes les formes réunies, délire, coma, convulsions, un seul a succombé. « C'est dans le service de M. Rayer, dit M. Tanquerel, que s'est offert ce beau résultat. Ce judicieux observateur a été amené à cette conduite par les cas de mort fréquents qu'il avait observés lorsqu'il dirigeait un traitement très-actif contre l'épilepsie saturnine. Il pense aujourd'hui qu'il faut se garder d'ajouter encore au trouble de l'encéphale par l'emploi de médications énergiques. »

« Certainement, ajoute plus loin le même auteur, qui partage, on le conçoit et avec raison, cette manière de voir, le médecin, qui est témoin de si violents accidents du côté du cerveau, résiste difficilement au désir de prescrire quelques médications, dans l'espoir qu'elles ne pourront nuire, et que peut-être elles préviendront une catastrophe funeste : il est pénible pour lui de se croiser les bras devant le mal ; mais enfin l'expérience est le plus grand des maîtres ; les faits que nous avons rapportés sont assez concluants pour persuader à tout praticien que le meilleur mode de traitement à opposer à l'une des plus formidables maladies dont l'homme puisse être affecté, l'encéphalopathie saturnine, est celui dont nous avons suivi les effets à l'hôpital de la charité dans le service de M. Rayer, c'est-à-dire la méthode expectante dont la diète et les boissons délayantes font la base. » Sans rien préjuger sur le fondement d'assertions qu'il nous est impossible de soumettre jusqu'à présent au contrôle de notre observation propre, remarquons, toutefois, quant à nous, que l'épilepsie saturnine n'est pas la seule maladie dans laquelle on se montre trop pressé d'agir. Plus d'une fois il nous est arrivé, respectant les salutaires opérations de la nature, de voir céder, comme par enchantement, des symptômes menaçants qui, probablement, se fussent aggravés, si nous eussions été entraîné par la tentation d'intervenir.

Nous terminerons par ces remarques l'historique des traitements employés contre l'affection épileptique. Malgré nos efforts, il s'y sera glissé peut-être quelques irrégularités regrettables,

plus d'une chose importante y aura été omise. Ces sortes de recherches exigent des ressources bibliographiques et des sacrifices de temps, qui ne nous ont pas toujours permis, comme nous l'aurions souhaité, de consulter les sources originales. Il a fallu souvent nous contenter d'extraits tronqués, de citations laconiques, si ce n'est fautives. En outre, peu familier avec les langues étrangères, nous avons forcément négligé plusieurs ouvrages précieux qui n'ont point été traduits en France. Tout incomplet que puisse être cet exposé, en raison de ces circonstances, nous osons néanmoins espérer que, ne fût-ce que comme point de départ à de nouveaux essais, il n'aura pas été tout à fait inutile; non seulement, en effet, les différentes médications anti-épileptiques y sont indiquées, mais, en l'absence de détails sur lesquels on sent le besoin d'être édifié, on peut pourtant prendre, jusqu'à un certain point, l'idée du degré de confiance que méritent la plupart d'entre elles. Le sujet, au surplus, est digne du plus haut intérêt; il s'agit du salut d'une multitude de victimes atteintes de la plus affreuse des infirmités, et nous ne renonçons point au dessein que nous avons conçu, si notre santé, malheureusement ébranlée, vient à se raffermir, de poursuivre nos investigations, afin de remplacer cette première ébauche par une œuvre plus étendue et moins imparfaite.

Cependant, notre tâche actuelle n'est pas encore remplie. Jetant un coup d'œil rétrospectif sur les documents que nous venons de parcourir, après les avoir examinés en particulier, il nous reste à porter sur l'ensemble un jugement plus général, à en faire jaillir des règles de conduite, à en tirer, pour ainsi dire, la moralité. Mais, avant de nous livrer aussi brièvement que possible à cette appréciation, restituons ici quelques faits omis dans nos notes ou publiés depuis, et qui auraient dû trouver place dans leurs articles respectifs.

En traitant du tartre stibié, nous n'avons point eu l'occasion de signaler l'emploi de cette substance à dose rasorienne. Le docteur Eenens, de Saintes (Brabant), assure avoir, dans deux cas, suivi cette méthode avec avantage (*Belg. méd.*, septembre 1845, et *Annal. Psych.*, mai 1847.) La première fois, ce fut chez un individu d'un tempérament nervoso-sanguin, sujet à de légers accès convulsifs, et qui, plus tard, fut pris de véritables attaques d'épilepsie; celles-ci revenaient fréquemment et n'avaient subi aucune amélioration par divers traitements. M. Eenens eut alors recours à la potion stibiée, qu'il porta de 30 centigrammes à 1 gramme en quatre jours, diminuant ensuite insensiblement les doses; les accès n'ont plus reparu. A la même-

époque, la fille aînée de ce malade, âgée de quinze ans, et ayant tous les jours deux ou trois attaques violentes, aurait été guérie de la même manière.

D'après une note remise à l'Académie royale de médecine par M. Peysson, médecin à l'hôpital militaire de Cambrai, les frictions avec la pommade émétisée auraient également procuré à ce praticien la cure de trois épileptiques. L'un, enfant de dix ans, malade depuis un mois, fut guéri en trente jours; les deux autres, jeunes filles de dix-neuf et de douze ans, éprouvèrent un très-grand soulagement. Mais la commission, qui se composait de MM. Louyer-Villermay, Falret et Esquirol, opposa à ces succès les expériences absolument infructueuses tentées, avec le même moyen, par MM. Pariset et Esquirol. Répétées de quatre en quatre heures, les frictions furent faites sur les points où abondent les vaisseaux lymphatiques, avec une pommade composée d'un gros d'axonge et d'une once de tartre stibié. Dans l'un des cas, on fut, à plusieurs reprises, forcé de les suspendre à cause de l'abondance de l'éruption, et chaque interruption fut le signal du retour des accès (*Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 462, 1826).

Portal (p. 398) a consacré un assez long article au *narcisse des prés*, à la fleur duquel Dufresnoy attribue une vertu antispasmodique utile dans les maladies nerveuses, et en particulier dans l'épilepsie. Cette propriété a été confirmée par Veillechèse, qui, cependant, n'a obtenu sur quelques épileptiques qu'une amélioration passagère. (*Journ. de méd., chir. et ph.*, décembre 1808.) De leur côté, MM. Loiseleur, Deslongchamps et Marquis ont prescrit, soit l'extrait des fleurs ou les fleurs elles-mêmes en poudre, avec un grand amendement dans le nombre et la gravité des attaques. On administre ces fleurs en infusion, en extrait, en poudre ou en sirop. Il résulte, en outre, d'expériences faites sur des chiens par M. Orfila, que le narcisse des prés a une action émétique, et serait susceptible, à doses un peu élevées, d'occasionner des symptômes graves.

Le *Bulletin général de Thérapeutique* (décembre 1846) mentionne l'observation d'une jeune fille, de dix-sept ans, scrofuleuse, dont les accès, rebelles à toutes sortes de remèdes, furent avantageusement modifiés par l'usage de la belladone. Étant entrée à l'hôpital Cochin dans le service de M. Blache, on lui fit prendre, chaque jour et en une seule fois, 2 centigrammes d'extrait et 2 centigrammes de poudre de la racine de cette plante. Auparavant, les attaques étaient violentes et quotidiennes; après sept mois de traitement, elles revenaient à peine tous les quinze jours,

étaient de courte durée et ne consistaient qu'en de simples vertiges. Ce n'est point une guérison, mais seulement une amélioration qui confirme, sans y rien ajouter, l'idée que les faits ci-devant exposés suggèrent touchant l'influence de la belladone.

Enfin la valériane compte un succès sur lequel nous avons glissé par inadvertance, et que nous nous empressons d'établir ici avec les loyales explications qu'y a jointes l'auteur en nous le rappelant. Dans l'année 1804, notre honorable confrère, M. Maccartan, dont nous avons déjà eu l'occasion de citer une observation importante dans un autre travail (*De l'angine laryngée œdémateuse*, p. 16), traita par la valériane une demoiselle, Henriette C..., gravement atteinte d'épilepsie. Cette personne éprouva tant de bien de cette médication, que M. Maccartan, l'ayant revue longtemps après, l'a trouvée mariée, heureuse, fraîche, bien portante et exempte du moindre indice de rechute.

Toutefois, dans des essais subséquents, peut-être à cause de l'indocilité des malades, les résultats obtenus par le même médecin ne répondirent pas entièrement à ce premier avantage. « J'accusai d'abord, dit-il, la qualité inférieure de la racine dans les environs de Paris, ou même son défaut de pureté ; et comme celle qui m'avait réussi avait été achetée et préparée à Tours, j'en fis demander de la même espèce au pharmacien qui l'avait fournie. Mais cette précaution fut à peu près superflue. Alors je fus tenté de croire (et je le crois encore) que la petite valériane n'est réellement efficace que dans les épilepsies non héréditaires, sans vice organique, dans celles, par exemple, où, comme cela avait lieu chez mademoiselle Henriette C..., les accès sont dus à la frayeur ; ce qui serait déjà un assez beau privilége. (*La suite à un prochain numéro.*)

Recherches cliniques sur les névroses; par M. C. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

(Suite et fin : *voir* t. IV, novembre 1847, p. 190 ; décembre, p. 319.)

(Gazette médicale de Paris, N° 50 ; 1847.)

De l'hystérie (vapeurs, maux de nerfs.)

De tout ce qui précède, il résulterait que l'hystérie est essentiellement une affection généralisée du système nerveux. Les auteurs du *Compendium* et M. Bouillaud (Nosographie) demandent ce que signifie une *affection du système nerveux*. « Voilà, ajoutent-ils, ce qu'il faudrait nous apprendre. » Nous leur serions vraiment obligé de vouloir bien nous le dire ; car nous n'en savons rien ; mais nous demandons à notre tour s'il est bien

philosophique de nier un phénomène patent, par cela seul qu'on ne le comprend pas, si, par exemple, il faudrait nier l'état typhoïde par la raison qu'on est si peu d'accord sur son essence. Oui, l'hystérie consiste dans un état général du système nerveux, et si M. Bouillaud nous demande encore de quel système, nous répondrons catégoriquement que la physiologie moderne tend à établir qu'il n'y en a qu'un et que nous entendons parler de tous les deux, s'il en existe deux. Quant à la nature de cet état, nous ne nous croyons nullement obligé de la déterminer, d'autant mieux que pour nous cet état n'est souvent qu'un effet de causes très-diverses ; il en est ainsi de la plupart des affections convulsives, du délire, etc. Voudrait-on bien nous dire quelle est l'essence du délire, lequel peut resulter de la congestion comme de l'hémorrhagie, de la colère comme de la frayeur, etc.? Avec presque tous les nosographes, nous plaçons l'hystérie dans la classe des *névroses*, mais des névroses générales et non pas de l'appareil utérin primitivement ; moins hardi que M. Bouillaud, nous n'osons la classer parmi les névroses actives, nous craindrions que l'observation et la thérapeutique surtout nous donnassent un démenti ; car il y a des hystéries anesthésiques comme il y en a d'hypéresthésiques, il y en a de paralytiques comme il y en a de convulsives ; il y en a qui sont avantageusement modifiées par les topiques et les excitants comme il y en a qui réclament l'emploi des saignées et des narcotiques.

Il y a dans l'hystérie le mot et la chose. Le mot est vicieux, trompeur, cela est incontestable ; mais que lui substituer ? le mot névropathie ? Cette expression est trop générale, il faudrait la préciser, et il en résulterait non plus un nom, mais une définition. Nous renonçons donc à faire du néologisme et nous laissons cette tâche à de plus habiles. Au demeurant, peu importerait le nom si l'on voulait bien s'entendre sur la chose.

Or, la chose est un fait, nous le répétons, aussi bien que le délire, les convulsions, l'état typhoïde. Ce fait mérite d'être conservé provisoirement au rang des affections morbides déterminées, au même titre que l'épilepsie, par exemple. Voudrait-on bien nous dire quelle est l'essence de l'épilepsie ? C'est aussi un état nerveux ayant une physionomie propre, tout comme l'hystérie : voilà ce que nous en savons. Notre travail a donc pour but de consacrer l'hystérie ou plutôt ce qu'on entend par ce mot, et non de la détruire.

Les auteurs du *Compendium*, tout en critiquant les mots *affections du système nerveux*, définissent pourtant eux aussi l'hystérie « une *affection nerveuse* du sentiment, du mouvement et de l'in-

« telligence, apyrétique, affectant d'ordinaire une marche chro-
« nique et se montrant sous forme de paroxysme. » Nous adoptons pleinement cette définition. Or, comment se fait-il que ces auteurs aient abouti à conclure en faveur du point de départ utérin ?

Nous n'osons entreprendre de décrire cette affection dont il est impossible de produire un type universel. C'est un assemblage inextricable de phénomènes divers : *morborum cohors*, dit Fréd. Hoffmann, un *Protée*, un *caméléon*, dit encore Sydenham qui, dans l'impuissance de formuler une description précise, va puiser son *criterium* dans l'étiologie : « Si le mal dont une femme se
« plaint l'attaque lorsqu'elle éprouve quelque émotion morale,
« alors je suis pleinement assuré que la maladie est une affec-
« tion hystérique (*Méd. prat*). » Mobile comme les manifestations du système nerveux, l'hystérie résulte, en effet, d'un concours de circonstances plutôt encore que de l'association de quelques symptômes déterminés, qui tous peuvent faire défaut. Néanmoins, les praticiens s'y reconnaissent très-bien, et l'on saurait mieux dire ce qu'elle n'est pas que ce qu'elle est ; essayons cependant d'en donner une idée.

La névropathie hystérique se compose presque toujours d'une association de phénomènes sensitifs et spasmodiques. Il peut arriver pourtant qu'un de ces éléments vienne à manquer. On conçoit, en effet, qu'il peut y avoir hypéresthésie ou anesthésie isolées, comme cela s'observe dans certains cas d'endolorissement ou d'insensibilité de certaines parties, ou bien spasmes, convulsions ou paralysie en l'absence d'aberration de la sensibilité ; mais ces symptômes exclusifs ne sont presque toujours que transitoires, et l'association normale se retrouve dans l'ensemble des phases de la maladie. M. Foville a établi deux formes distinctes de l'hystérie, l'une spasmodique ou viscérale, l'autre convulsive ou musculaire ; mais cette distinction n'exprime guère qu'une prédominance relative ; car, encore une fois, ces diverses lésions sont presque toujours connexes ; elles le sont presque nécessairement, car c'est la sensibilité viciée qui donne l'éveil à la contractilité, et celle-ci suppose l'excès de la première.

M. Foville a aussi prétendu que la forme spasmodique était plus commune chez les femmes pléthoriques, et la forme convulsive chez les femmes débiles ; c'est là, je crois, un préjugé classique qui aurait besoin de la sanction des chiffres. Nous avons vu presque toujours nos femmes fortes et pléthoriques en proie à de violents accès convulsifs, témoin les observations contenues dans ce travail.

Les symptômes culminants de l'hystérie et qui se trouvent ordinairement associés sont, en effet : troubles variés de la sensibilité physique et morale, sensation de strangulation ou boule hystérique, spasmes viscéraux, convulsions plus ou moins générales et souvent trouble ou même suspension des fonctions intellectuelles ; la sensibilité, la locomotilité, l'intelligence sont donc simultanément affectées ; exemple :

Hystérie modèle.

OBS. VII. — Une fille de 18 ans, de belle et forte constitution, de tempérament sanguin lymphatique, servante dans un jardin public, entre à la clinique le 21 juillet 1859. Elle raconte que depuis quatre mois ses menstrues, quoique régulières, sont moins abondantes et accompagnées d'assez vives douleurs dans l'hypogastre. Il y a quinze jours qu'à la suite d'une vive impression morale qu'elle ne précise pas, se sont déclarées des *attaques de nerfs* qui reviennent fréquemment. Une saignée a été pratiquée sans résultat favorable.

Les attaques se produisent plusieurs fois dans la journée, et comme notre présence suffit pour les occasionner, nous constatons les phénomènes suivants : la malade éprouve un trouble indéfinissable qui annonce les approches de l'accès ; puis tout à coup elle se roidit, le tronc se courbe en arrière, puis se redresse comme un ressort qui se détend et imprime au corps une impulsion qui le lancerait hors du lit si la malade n'était maintenue. Elle étend et fléchit les bras avec rapidité, se saisit la gorge comme pour en arracher quelque chose ; elle se roule sur sa couche. Les mouvements sont d'une vivacité et d'une énergie extraordinaires. Quelquefois le pouce est fléchi dans la paume de la main ; les globes oculaires sont déviés en haut et en dedans (strabisme convergent) ; la respiration est pénible, profonde, fréquente, saccadée. Au milieu de ce trouble général, le pouls est assez calme. Il y a sensation d'une boule, qui de l'épigastre monterait au larynx. La peau est très-sensible à la pression sur presque tous les points de la périphérie, notamment à l'hypogastre. Les crises durent quelques minutes ; puis la malade se calme, fait de larges inspirations, essuie la sueur de son front et accuse un douloureux brisement des membres. Après un instant de repos, l'attaque recommence et ainsi de suite, à plusieurs reprises, enfin la malade reste plongée dans un état d'affaissement plus ou moins prolongé. Revenue à elle, elle ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Dans l'intervalle des attaques, sa physionomie est expressive, intelligente ; elle analyse en termes faciles et

animés les sensations qu'elle éprouve. Du reste, les fonctions s'exercent avec régularité. (Potion avec eau de mélisse 120,00, teinture de castoréum 2,00, sirop de fleurs d'oranger 30,00, lavement avec assa fœtida 8,00, jaune d'œuf n° 1, infus. de camomille 300,00, deux soupes.)

Les jours suivants, même état. (16 sangsues aux cuisses, émulsion nitrée, julep avec laudanum 15 gouttes.)

Les jours d'après, les attaques se répétant, mais moins intenses, on fait trois autres saignées locales aux cuisses et aux aines; bains, opium. L'état morbide était très-sensiblement amélioré lorsque les règles apparurent le 7 août. Cependant, et malgré de nouvelles applications de sangsues après les règles, les attaques reparaissent bientôt avec beaucoup d'intensité. L'aphonie nerveuse s'y joint vers le milieu d'août. Alors on en revient aux antispasmodiques : assa fœtida, valériane, sous-nitrate de bismuth, musc, eau de laurier-cerise, etc.

Nonobstant, les attaques persistent; le 8 septembre il y en a cinq dans la journée.

Le 14, la malade sort, de guerre lasse, après sept semaines d'un traitement actif, un peu soulagée mais non guérie.

Voici une hystérie modèle, c'est-à-dire complète, avec ses symptômes sensitifs, spasmodiques, convulsifs, et chez une femme de bonne constitution, régulièrement menstruée quant aux époques, et qui d'ailleurs n'est devenue hystérique que longtemps après la diminution de quantité des règles. La boule hystérique part de l'épigastre. L'hypogastre est sensible, mais il en est de même de toute la périphérie. On remarque le pouce inclus dans la main et la perte de connaissance comme dans l'épilepsie. Les antiphlogistiques soulagent manifestement, mais quoique les saignées aient été prodiguées à la région utérine, les attaques n'en persistent pas moins et résistent ensuite opiniâtrément aux nervins de toute espèce. Bref, la malade sort non guérie. C'est l'histoire de presque toutes les hystéries traitées dans les hôpitaux et même ailleurs, si l'hygiène ne vient en aide.

Mais il est des cas dans lesquels l'hystérie perd presque complétement sa physionomie normale pour prendre celle de quelques autres affections; c'est le Protée, le caméléon de Sydendam. J'appellerais volontiers ces cas *hystéries larvées*; car, de même que les fièvres intermittentes de ce nom, on les reconnaît plutôt à leurs allures, à la filiation des phénomènes qu'aux traits qui sont propres à l'affection normale; exemple :

Affection hystérique simulant plusieurs graves maladies successives (hystérie larvée).

OBS. VIII. — Une fille de 21 ans, de constitution moyenne, servante, entre à la Clinique le 18 novembre 1836. Elle raconte que huit jours auparavant elle a été prise de diarrhée avec douleur abdominale.

A son entrée, vive douleur à l'abdomen qui est rénitent et sensible à la pression, surtout à l'hypogastre, rétention d'urines, peu de réaction. (Cathétérisme, application de 20 sangsues aux aines, bain, lavement émollient, chiendent gommé, diète.)

Les mêmes symptômes persistent, on continue le traitement. (Quatre applications successives de sangsues au bas-ventre.)

Après quelques jours, les symptômes abdominaux s'amendent; mais bientôt il se manifeste des phénomènes nerveux revenant par accès, caractérisés par du tremblement, des convulsions, des lipothymies, parfois du délire. L'abdomen est balonné, constipation, douleur en urinant. Le calomel est donné pendant cinq jours, à la dose de 50 centigr. Les douleurs de ventre cessent; mais les accidents nerveux persistent. Salivation. (Sangsues aux angles de la mâchoire inférieure, émollients et calmants, vésicatoire à la nuque.)

Le 11 décembre, la salivation dure encore, les accidents nerveux ne se montrent plus.

Le 13, la salivation a cessé, un érysipèle se déclare; de la face il parcourt successivement toutes les parties du corps et s'arrête au gros orteil; il ne cesse que le 17 janvier, et le 23 on déclare la malade convalescente.

Cependant la malade est très-affaiblie, des sueurs abondantes surviennent, on leur oppose le sulfate de quinine et l'acétate de plomb; elles cessent au bout de dix jours.

Le 7 février, les douleurs abdominales se déclarent de nouveau; quelques sangsues les font cesser.

Le 22, bronchite avec fièvre. (Saignée de 300 gram., émollients.)

Le 25, dyspnée, toux, son mat, égophonie dans le tiers inférieur du thorax, à droite; accidents qui se dissipent au bout de quelques jours, après une application de 12 sangsues.

Vers la fin du mois, diarrhée qui paraît et disparaît jusqu'au 14 mars. A la diarrhée succède un ballonnement douloureux du ventre. (Bains, sangsues, fomentations calmantes, etc.)

Vers les premiers jours d'avril les douleurs abdominales persistent; des accidents nerveux, pareils à ceux observés trois mois

auparavant, se produisent de nouveau avec une intensité effrayante. Le toucher vaginal n'indique rien de particulier. Les attaques se déclarent vers le soir, durent plusieurs heures, quelquefois toute la nuit. Les mouvements convulsifs sont brusques ; quelquefois la malade est projetée hors de son lit ; gémissements, cris, grincements de dents ; une de celles-ci se brise dans un accès ; écume à la bouche, strabisme, parfois perte de connaissance. Nous observons parfois la circumduction du bassin. Après l'attaque la malade se sent brisée, elle déplore son malheur. Même dans l'intervalle des attaques, l'état nerveux se dessine : tremblement des lèvres, mouvements spasmodiques, abdomen ballonné, dur et sensible ; respiration inégale, pouls serré, subfréquent, etc. Nous employons successivement l'extrait de jusquiame, l'infusion de valériane, l'assa fœtida, l'opium, les sangsues, les bains, les laxatifs, le sulfate de quinine, le musc, la gomme ammoniaque, les sinapismes, les vésicatoires, les onctions mercurielles sur l'abdomen, l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique, les frictions stibiées, l'acétate de morphine à l'intérieur, l'eau de laurier-cerise, une saignée ; le tout dans l'espace de cinq semaines avec des alternatives de mieux et de plus mal.

Le 10 mai, un nouvel érysipèle fébrile s'étend bientôt à toute la face. (Laxatif, onctions mercurielles, émollients.) Au bout de trois jours la résolution commence. Les attaques, qui étaient déjà moins intenses et moins fréquentes, ne se montrent plus à dater de l'invasion de l'érysipèle.

De cette époque date la convalescence. La malade, très-affaiblie, reprend graduellement des forces ; heureuse d'être délivrée de ses douleurs, elle sent renaître sa gaîté. Le 26 mai, on ajoute à l'eau vineuse et aux aliments graduellement augmentés le sulfate de quinine, puis le fer. Le 12 juin, elle peut se promener dans la salle, et vers la fin du mois, nous l'engageons à sortir de l'hôpital, plus de sept mois après son entrée.

Ainsi nous avons vu surgir successivement des phénomènes d'entérite, de péritonite, de cystite, de méningite, de suette, un érysipèle, une bronchite, une pleurésie, avec retour de quelques-uns de ces accidents. Dans l'intervalle se déclarent des attaques d'hystérie qui cessent quelque temps pour reparaître plus formidables et simuler une épilepsie. Tous les remèdes échouent pendant cinq semaines contre cette affection, qui s'amende enfin, et cesse totalement alors qu'un nouvel érysipèle de la face vient à se produire, érysipèle que nous appellerions volontiers critique, si l'amendement ne l'avait précédé. Sept semaines de suspension

de tout accident nous font espérer que la guérison sera désormais assurée, sauf de nouvelles causes déterminantes, agissant sur une constitution ainsi prédisposée.

Les accidents que nous avons observés ici, et qui tour à tour ont représenté des affections variées autres que l'hystérie elle-même, nous paraissent s'être produits sous l'influence de la diathèse hystérique ; leur mélange avec les attaques est précisément ce qui décèle leur caractère. Ces hystéries *larvées* se déduisent effectivement de la coïncidence de certains phénomènes hystériques, de même qu'une affection défigurée et douteuse de la peau se reconnaît à la présence de quelques éléments caractéristiques de la maladie primitive. Ces accidents, qui quelquefois se présentent avec d'effrayants caractères, sont cependant remarquables par leur peu de persistance et leur innocuité. Ainsi l'on voit des hémoptysies, des apoplexies foudroyantes et autres affections des plus graves, cesser comme par enchantement sous le génie mobile de la névropathie : circonstance qui enlève sa gravité au pronostic et doit modifier la thérapeutique ; notion que possèdent les vrais praticiens, lesquels savent en faire l'application au grand profit de leur gloire et de l'humanité même.

Arrivons au point essentiel, au traitement. L'analyse que nous venons d'exposer nous paraîtrait un travail oiseux si nous ne nous croyions en droit d'en déduire quelques principes de thérapeutique plus rationnels et plus efficaces que ceux qui dirigent la pratique vulgaire. De grands génies ont marché dans cette voie du rationalisme et de l'analyse, et ont appliqué au traitement de l'hystérie cette féconde doctrine des éléments, qui doit remplacer le diagnostic nominal et tirer la pratique de l'ornière de l'empirisme. Voyez, par exemple, Sydenham, Sauvages, Fréd. Hoffmann, déduire de la physionomie particulière des divers cas tantôt l'indication de la saignée, tantôt celle des toniques, des narcotiques, des stimulants, etc. Ces précieux errements ont été relégués dans l'oubli, au profit de l'ignorance et à la glorification des spécifiques. Pour le commun des praticiens, qui dit hystérie dit indication de puiser parmi cette fallacieuse kyrielle d'*antispasmodiques*, d'*antihystériques*, lesquels sont empruntés aux aromatiques, aux résineux, aux fétides, à une foule de drogues stimulantes et nauséeuses dont la cherté fait le principal mérite, et qui certes engendrent ou du moins entretiennent plus de maux qu'elles n'en guérissent.

Pour procéder avec méthode, il nous faut distinguer les cas où la névropathie hystérique existe isolée, du moins en apparence, de ceux où elle se trouve liée à certains éléments qui paraissent

la régir ou l'entretenir; en un mot, nous devons distinguer l'hystérie *primitive* de celle qui est *secondaire*. Commençons par celle-ci, afin d'arriver graduellement à dégager pour ainsi dire l'élément essentiel pour lui appliquer le traitement qui lui convient en propre. Nous nous rappelons que l'hystérie peut être compliquée de chloro-anémie, de pléthore, de localisations diverses névralgiques, phlegmasiques, organiques, affectant des organes différents.

L'hystérie *chloro-anémique* implique de nécessité le traitement de la chlorose elle-même. C'est ici que triomphent les ferrugineux, les toniques, les analeptiques secondés d'une hygiène physique et morale convenable, au moyen desquels, en enlevant la chlorose, il est infiniment probable que vous guérirez l'hystérie, en tant que manifestation symptomatique ; car la diathèse pourra persister, prête à reproduire le mal si les causes déterminantes reparaissent. C'est ici la forme bénigne par excellence, et qui proclame le mieux la puissance de l'art dans cette maladie, qu'on a trop représentée comme l'*opprobrium medicinæ*, titre qu'en effet elle peut mériter aux yeux des mauvais praticiens, qui s'obstinent à combattre tous les genres d'hystérie par les *antihystériques*.

L'hystérie *pléthorique* réclamera l'emploi de moyens tout opposés : « Les évacuations sanguines, faites à propos, diminuent « ou anéantissent entièrement les accès hystériques » (Fréd. Hoffmann; *Méd. raison.*, t. VI, p. 259, in-12). « Si la malade « est d'un tempérament sanguin ou si elle est fort vigoureuse, « et qu'elle n'ait pas souvent été attaquée de la colique hystérique, en ce cas là, il faut lui tirer du sang au bras. » (Sydenham, *Méd. prat.*, p. 608). Cessez donc de vous laisser imposer par cet axiome trompeur que le sang est l'ami des nerfs ; car les nerfs peuvent souffrir par l'excès comme par le défaut de sang : témoin le délire et les convulsions de la congestion cérébrale et de l'encéphalite. Lisez le *Traité des vapeurs*, de Pommé, et vous y verrez des sujets qui ont dû leur guérison aux saignées..... par centaines ! Une fille vigoureuse et sanguine, que j'ai gardée dans mes salles pendant deux années, avait en vain épuisé tout l'arsenal des *nervins*; la saignée seule calmait ses violentes attaques et en éloignait le retour. Elle-même réclamait les évacuations sanguines, et dans cet espace de temps, elle a été saignée trente-six fois, indépendamment d'un grand nombre d'applications de sangsues et de ventouses scarifiées autour du bassin et ailleurs. Une autre fille herculéenne, connue dans l'hôpital sous le nom de *grosse Marianne*, a été saignée soixante et quelques fois dans l'espace de trois ans, moyennant quoi l'existence de ces

deux sujets devint supportable. Néanmoins, la saignée ne faisait que pallier leur état, et elles n'ont guéri qu'en sortant de l'hôpital; car ce séjour de tristesse et de douleur est essentiellement contraire à la guérison de l'hystérie, qui réclame des conditions hygiéniques toutes différentes. Voici un exemple de la manière dont se passent les choses dans les cas heureux.

Hystérie grave; impuissance des antispasmodiques; bons résultats des émissions sanguines.

Obs. IX. — Une fille de 21 ans, de bonne constitution, lymphatico-sanguine, assez irrégulièrement menstruée depuis l'âge de 18 ans, entre à la Clinique le 4 avril 1840, pour être traitée d'une leucorrhée avec engorgement des glandes inguinales (blénorrhagie). Quelques applications de sangsues, les cataplasmes, les bains, les onctions mercurielles, procurèrent la solution de l'adénite. La jeune fille est sujette à de fréquentes attaques d'hystérie dont elle ne parle pas, et qui restent ignorées pour nous.

Mais le 14, elle est prise en notre présence d'accès d'étouffements avec douleur vive dans le trajet de l'épine dorsale; impossibilité de se mettre à son séant; point de fièvre. (12 sangsues aux cuisses, potion éthérée.)

Les jours suivants, les attaques se renouvellent. Nous prescrivons successivement : *potion* avec eau de mélisse, 120,00, éther, 2,00, laudanum, 12 gouttes, sirop blanc, 30,00; lavement avec assa fœtida, 4,00, jaune d'œuf nº 1; infusion de camomille, 250,00; puis une autre potion avec eau de mélisse, 250,00, liq. d'Hoffmann, 20 gouttes; teinture de castoréum, 2,00; sirop d'écorces d'oranges, 30,00.

Le 17, douleur vive à la nuque; céphalalgie; larmoiement; immobilité du tronc. (10 sangsues aux mastoïdes, potion gommeuse avec thridace, 0,20, émulsion d'amandes.)

Le 18, céphalalgie violente; douleur vive à l'épaule droite; paralysie incomplète du mouvement, complète de la sensibilité du bras droit, qu'on peut pincer fortement sans provoquer de douleur. (10 sangsues au rachis, liniment laudanisé, potion avec thridace.)

Le 19, la paralysie s'est étendue à tout le côté droit du corps. Pouls plein et fréquent. Les assistants croient à une grave lésion cérébrale; nous affirmons que cette lésion n'existe pas, et que ces accidents n'auront pas de suite. (Sinapismes aux mollets, lavement avec sel de cuisine, chiendent nitré.)

Le 20, la paralysie est diminuée; le 21, elle est disparue par le seul emploi des dérivatifs.

Le 22, assoupissement; délire vague, intermittent; pouls fréquent; peau chaude et sudorale. On croirait à une méningite cérébrale avec épanchement. (Saignée de 4 palettes, chiendent nitré.)

Le 23, les accidents cérébraux sont disparus comme par enchantement; il ne reste qu'un peu de douleur, ou plutôt de courbature dans la région dorsale. (Émollients.)

Pendant les jours suivants, la santé est parfaite. La malade veut sortir le 29 avril, vingt-cinq jours après son entrée. Nous ne l'avons plus revue.

Ce fait offre beaucoup d'analogie avec notre obs. VIII. Nous voyons successivement se produire des symptômes d'irritation spinale, de méningite spinale, d'apoplexie, de méningite cérébrale; mais ici la scène est circonscrite dans l'appareil nerveux. La nature hystérique de ces accidents étant connue, nous ne nous en sommes pas ému. Ce fait met en relief l'impuissance des antispasmodiques, et, au contraire, l'efficacité des évacuations sanguines. Cependant, les saignées locales dans la région génitale n'ont pas empêché les attaques de s'aggraver, tandis qu'à dater de la saignée générale, tous ces formidables accidents ont disparu,... pour revenir peut être; mais c'est beaucoup de soulager quand on ne peut guérir.

C'est qu'en effet, je m'empresse de le dire, dans l'hystérie par pléthore constitutionnelle, la saignée seule agit rarement comme remède radical, par la raison toute simple que la pléthore se reproduit avec une extrême facilité. La saignée a plus de chances de succès dans la pléthore accidentelle, suite de suppression menstruelle ou de toute autre cause; mais, encore une fois, c'est beaucoup de pallier ces crises fréquentes et violentes qui font le martyre des malades, et que les antispasmodiques ne font qu'exaspérer. Il est bien entendu que les accessoires du traitement doivent s'harmoniser avec le principal.

Dans l'hystérie subordonnée ou seulement conjointe à une *localisation* bien constatée, il est évident que c'est le traitement de la localisation qui doit marcher le premier. Si la localisation est *névralgique*, on emploiera les sédatifs, l'opium en particulier, lequel est d'autant mieux indiqué qu'il s'adresse également aux divers accidents névropathiques dont se compose l'hystérie elle-même. L'opium et ses composés, et subsidiairement les autres narcotiques, sont appelés à rendre d'éminents services dans le traitement de l'hystérie, comme dans celui de toutes les affections qui se

rencontrent les éléments douleur et spasme, et nous n'hésitons pas à préférer les narcotiques en général aux stimulants dits antispasmodiques et antihystériques. On sait néanmoins combien est opiniâtre et capricieux l'élément névralgique, et cette forme de l'hystérie est une des plus difficiles et des plus longues à déraciner.

Il n'en est pas de même de l'hystérie par localisation *constitutionnelle* ou *inflammatoire* : celle-ci comporte les chances favorables de l'hystérie par pléthore accidentelle. La saignée générale et locale retrouve ici ses applications et son empire, et l'on peut produire des faits assez nombreux constatant son efficacité. La jeune fille hystérique et ictérique dont j'ai parlé fut promptement délivrée de sa double affection par les antiphlogistiques. Dans les cas où un trouble menstruel ou toute autre cause amène des accidents phlegmasiques dans l'appareil génital, et consécutivement ou simultanément l'hystérie, un traitement antiphlogistique, appliqué à ces accidents, peut faire cesser l'hystérie ; mais nous avons vu que ce genre de causalité est assez rare, et nous craignons que, dans les faits de ce genre qu'on a publiés, on n'ait parfois confondu le soulagement, l'éloignement des accès avec la guérison radicale.

Quant à l'hystérie avec *lésion organique*, c'est sans contredit la plus grave, en tant du moins que l'hystérie est entièrement sous la dépendance de la lésion organique. Il n'y a guère que l'utérus et les ovaires dont on ait observé les liaisons avec l'hystérie. La métrite chronique ou engorgement de la matrice, et les dégénérescences de l'ovaire sont les affections principales qui ont été vues associées à la névropathie ; encore a-t-on vu que ces associations sont très-rares. De ces lésions organiques, les unes, on le sait, sont difficiles à guérir, et quelques-unes sont incurables. Dans ce dernier cas, il ne reste plus qu'à faire la médecine du symptôme, et à combattre l'hystérie comme si elle était primitive et simple. On est quelquefois assez heureux pour réussir à tempérer les accidents nerveux au moyen de médications appropriées, en dépit de la lésion organique persistante.

Mais rien n'est difficile et sujet à erreur comme de déterminer la subordination réciproque des lésions concomitantes ; souvent il arrive que la dépendance supposée n'existe pas, ce qui explique pourquoi les traitements les plus rationnels en apparence échouent fréquemment, et pourquoi des traitements qui paraissent contre-indiqués réussissent néanmoins. Voici un exemple à l'appui de la première de ces deux propositions.

Hystérie avec cystocèle vaginale ; application du pessaire ; persistance de l'hystérie.

OBS. X. — Une fille de 25 ans, forte et sanguine, bien réglée, est prise d'accès hystériques à l'occasion d'impressions morales vives. Les attaques se répètent journellement ; une saignée les rend plus rares et moins intenses. Une époque menstruelle se produit, ce qui n'empêche pas que, deux jours après l'évolution régulière des menstrues, de nouvelles attaques ont lieu, à l'occasion d'un accès de colère.

Un jour la malade se plaint d'une tumeur qui faisait saillie à l'orifice des parties génitales lorsqu'elle exerçait des efforts musculaires. On constate une cystocèle vaginale réductible avec facilité. Un pessaire en bondon est appliqué et maintenu convenablement. Les attaques ne s'en produisirent pas moins. L'abdomen est sensible à la pression, le rachis l'est aussi ; mais toute la périphérie cutanée l'est également. La valériane, l'assa fœtida, l'opium, ne procurent pas de résultats bien favorables. Les saignées générales, que la malade réclame spontanément, la soulagent un peu ; néanmoins, elle sort de l'hôpital après plus de trois mois de séjour, non guérie, et voyant reparaître ses attaques à l'occasion de toutes les impressions morales un peu vives.

Alors que nous fut révélée cette tumeur, se montrant aux parties génitales, nous crûmes tenir la cause première de la névropathie ; mais nous ne tardâmes pas à revenir de notre erreur, et force nous fut de considérer la cystocèle vaginale comme une complication, un simple accident.

Une autre fois, nous avons observé une hystérique sujette à la formation de ces abcès enkystés des grandes lèvres, qui siégent dans un follicule de cette région. Eh bien ! nous n'avons jamais observé de relations évidentes entre les attaques et le développement de ces abcès. Il doit en être souvent ainsi des lésions de l'utérus et de l'ovaire.

Nous arrivons à la thérapeutique de l'hystérie primitive, constitutionnelle, essentielle, comme on dit, à celle qui a sa raison d'être uniquement dans la diathèse nerveuse, qui n'est ostensiblement liée à aucune complication appréciable. L'ignorance où nous sommes de l'essence de cette diathèse, que les uns disent de nature sthénique et les autres de nature asthénique, cette ignorance, disons-nous, jette dès l'abord la plus grande incertitude sur le choix des moyens à mettre en usage. Il semblerait, au premier coup d'œil, qu'à défaut de notions directes, l'expérience universelle eût dû nous éclairer sur ce point. Eh bien !

non. Les plus grandes dissidences règnent à cet égard parmi les observateurs, selon les doctrines qu'ils professent, tant il est vrai que toujours les systèmes influent sur la pratique! La majorité des auteurs s'est déclarée en faveur de certains moyens réputés spécifiques contre ce qu'on appelle l'état nerveux : ce sont les antispasmodiques, et plus spécialement les antihystériques, puisés, comme nous l'avons dit, parmi les stimulants, et nous sommes convaincu que cette prédilection émane du préjugé scolastique qui fait considérer les accidents nerveux comme un apanage de la débilité. Ce n'est pas que la rectitude d'esprit, le génie de quelques observateurs n'aient signalé de nombreuses exceptions à ce principe, ainsi que nous l'avons vu pour Sydenham, Fréd. Hoffmann, Sauvages, etc. Le premier s'exprime en ces termes : « Une chose qui paraîtra d'abord surprenante, c'est que les « femmes qui avaient été longtemps tourmentées de vapeurs, et « dont le mal avait résisté à tous les remèdes les plus appropriés, « ont conservé la santé en vivant quelque temps de lait pour « toute nourriture. » (*Méd. prat.*, p. 424.) Et ailleurs : « *Il n'est* « *pas rare* de voir des femmes d'un tempérament si singulier « que les *remèdes hystériques leur nuisent beaucoup*, au lieu de les « soulager.... Faute d'avoir égard à cette singularité, on peut « mettre les malades en danger de la vie. » (P. 419.) D'autres auteurs, exagérant les principes contraires à l'opinion générale, ont vanté les débilitants dans tous les cas, comme l'a fait Pomme. Eh bien! ici comme presque toujours : *In medio stat virtus.*

Vous venons de voir, au sujet de l'hystérie compliquée, quels sont les motifs plausibles pour dévier de la ligne ordinaire; mais ici, où le rationalisme nous fait défaut, sachons au moins voir et comprendre ce que nous enseignent les faits. Une fois posé, le cas d'une hystérie simple, sans complication humorale ou viscérale déterminée, qu'avons-nous de mieux à faire que d'apprécier la forme des accidents et de leur appliquer les agents dont l'expérience a démontré l'efficacité contre les mêmes accidents liés à d'autres maladies? Or, parmi les remèdes indiqués par la douleur et le spasme en général, il en est dont la supériorité est incontestable : ce sont les sédatifs, et en première ligne l'opium et ses composés. Depuis longtemps, inspiré par ce principe rationnel, j'usais des opiacés dans le traitement de l'hystérie, lorsqu'il y a quelque temps je lus dans un journal que le docteur Gendrin obtenait de bons effets de l'emploi de ce remède. Le fait est probable; mais il ne faudrait pas qu'on érigeât l'opium en spécifique de l'hystérie, car on éprouverait des mécomptes. Récemment encore, j'ai traité sans résultat bien favorable, par l'o-

pium à dose croissante, une hystérique de forte constitution que la saignée seule parvenait à soulager. Néanmoins, j'ai la certitude qu'en général les sédatifs sont beaucoup plus efficaces que les prétendus antispasmodiques, que la routine a placés au premier rang; que si les sédatifs ne réussissent pas ou sont mal supportés, essayez des toniques francs; car, bien que l'élément chloro-anémique ne se révèle pas manifestement, il arrive parfois que les martiaux, le quinquina, le régime analeptique, modifient favorablement la mobilité nerveuse. Que si les toniques restent impuissants, essayez, je le veux bien, par condescendance pour les idées classiques, essayez des prétendus antihystériques, antispasmodiques, nervins, etc. : de l'assa fœtida, du castoréum, de la gomme ammoniaque, du musc, du camphre, de l'oxyde de zinc, et de ces agents modernes dont la vogue fut bien éphémère, le valérianate de zinc, le chlorure d'étain, etc. ; mais ne comptez pas trop sur leur efficacité, car je le répète avec les auteurs du *Compendium* : « Les antiphlogistiques causent *très-souvent* une excitation qui tourne au profit des troubles nerveux. » Si cela vous fait défaut, quelques armes vous restent encore : essayez, par exemple, d'un moyen préconisé de temps immémorial, et qui n'est pas effectivement des moins efficaces : c'est le froid, le froid usité dans l'Inde et en Amérique, au dire de Chalmers; en Angleterre, en Écosse, en Irlande, surtout depuis Floyer; en lavements, en lotions, en pédiluves, en bains, par Pomme, il y a cent ans et aujourd'hui sous les mêmes formes, par tous les praticiens; plus, en bains de mer, et même, pardonnez-nous! sous le charlatanesque appareil de l'hydrothérapie.

Enfin, et comme en désespoir de cause, puisque l'expérience pure en a démontré l'efficacité dans bien des cas, pourquoi n'essayeriez-vous pas, même chez des sujets peu vigoureux et peu sanguins en apparence, et chez lesquels les moyens précédents ont échoué, pourquoi n'essayeriez-vous pas, dis-je, de la saignée générale et locale appliquée avec toute la prudence voulue? J'ose même vous promettre que vous aurez plus souvent à vous en féliciter qu'à vous en repentir. Jault, le traducteur de Sydenham, s'exprime en ces termes dans une de ses notes : « Dans « l'hystérie, on trouve beaucoup de soulagement par la saignée, « par les narcotiques, les nitreux, les rafraîchissants, par la « boisson d'eau froide et de petit-lait, évitant tout ce qui « échauffe et même le vin. » (p. 393.)

On le voit, tout ceci n'est que de la thérapeutique de tâtonnements et d'essais soumis à des chances aléatoires; pourtant il existe encore, on le voit, une espèce de filiation quasi-ration-

nelle dans ces expérimentations. Ce n'est pas notre faute si nous en sommes encore au point où en était Sydenham, et s'il est encore vrai de dire aujourd'hui : « Cette maladie demande qu'on « tente pour la guérir diverses sortes de remèdes, jusqu'à ce « qu'on trouve celui qui est véritablement propre à la détruire. » (*Méd. prat.*, p. 609.) Mais quelle que soit la médication mise à l'épreuve, n'oubliez pas que, pour la convaincre d'impuissance, il faut l'appliquer à dose suffisante, et pendant un certain temps ; car l'hystérie primitive est essentiellement chronique et rebelle. N'oubliez pas non plus que plusieurs indications simultanées s'offrent souvent à remplir, et que, dans une sage association des moyens, réside fréquemment le secret de la réussite : c'est ainsi que les sédatifs auront d'autant plus de chances de succès, que vous aurez abattu l'excitation par la saignée.

Mais, hâtons-nous de le dire, au-dessus de la thérapeutique proprement dite plane l'hygiène : l'hygiène, qui engendre la diathèse, l'hygiène, qui provoque les accès. Aussi, tout l'arsenal des médicaments est-il impuissant si les conditions physiques et morales ne sont appropriées aux indications. Il y a plus : l'hygiène, qui à elle seule peut produire l'hystérie, peut aussi suffire à elle seule pour la guérir, et la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point que les secours hygiéniques, comprenant les moyens moraux, sont plus utiles que la pharmacie. Voilà pourquoi l'hystérie est une affection rebelle en toute circonstance, mais surtout dans les hôpitaux, où les malades sont placés dans des conditions si contraires à la guérison. Défiez-vous des praticiens qui se vantent de leurs succès dans le traitement de l'hystérie par la seule application des remèdes. Ceux-ci, en effet, peuvent modérer, éloigner les accès, mais ils sont généralement impuissants contre la diathèse. Modifier la constitution et les mœurs d'un individu n'est pas l'œuvre d'une drogue quelconque ; dans l'hygiène seule réside un tel pouvoir : régime analeptique dans la chloro-anémie et la débilité constitutionnelle, régime débilitant dans la pléthore et les phlegmasies, ce sont là des préceptes d'application simple et vulgaire ; mais pénétrer dans les replis mystérieux de l'âme, épier et découvrir les secrets du cœur, démasquer et combattre les passions en les privant de leurs aliments, en détournant leur cours, en suscitant entre elles des antagonismes salutaires, quelquefois en les satisfaisant dans les limites de la morale et de la raison, telle est l'œuvre du médecin philosophe, à la hauteur de laquelle n'atteindra jamais le praticien absorbé par la matière. On cite partout Érasistrate et Boerhaave, mais on songe fort peu à les imiter. Aussi pensons-

nous que l'hystérie revendique, sous beaucoup de rapports, une place parmi les affections mentales, et relève directement, dans beaucoup de cas, de la thérapeutique de ces affections. Nous ne rappellerons pas cette indication du mariage, née d'une étiologie erronée, que les uns ont trop généralisée, mais que d'autres ont condamnée d'une manière trop absolue ; ce n'est là qu'une des mille faces de notre objet, et sans entrer à cet égard dans le détail de préceptes dont la conception et l'application relèvent essentiellement des aptitudes intellectuelles et morales dont est doué chaque praticien, nous résumerons cette partie fondamentale du traitement de l'hystérie dans cet axiome de sens commun : soustraire les individus aux causes productrices de la maladie, causes parmi lesquelles peuvent figurer l'oisiveté, la mollesse, le vide du cœur, le dégoût de la vie, la perversion des idées, les passions violentes, la haine et l'amour, la colère et la terreur, la tristesse, l'ennui, les chagrins et les abus de la volupté, l'énergie contenue et la pusillanimité, enfin tout ce qui, comprimant ou exaltant l'innervation, finit par en altérer les ressorts.

Conclusions. — 1° L'hystérie sévit fréquemment sur la classe pauvre et malheureuse.

2° Elle affecte souvent les constitutions sanguines et robustes.

3° Elle peut affecter les deux sexes ; mais elle est très-rare chez l'homme.

4° L'hystérie se produit fréquemment en l'absence de toute lésion matérielle et fonctionnelle des organes génitaux.

5° L'irritation spinale, en tant que cause formelle et nécessaire de l'hystérie, et telle qu'elle est caractérisée par les auteurs, est une erreur de fait.

6° Il est probable, mais il n'est pas démontré, que l'hystérie est assez souvent liée à des lésions de l'utérus et surtout de l'ovaire.

7° L'hystérie se produit quelquefois secondairement à une lésion du sang et de plusieurs viscères ; mais elle est souvent primitive et le produit d'une diathèse nerveuse ou névropathie spéciale.

8° La diathèse nerveuse ou névropathie est une condition essentielle et nécessaire à la manifestation de l'hystérie, même lorsque celle-ci est secondaire.

9° La cause déterminante des attaques d'hystérie est le plus souvent une cause morale, ou bien une cause physique de siége très-variable.

10° L'appareil phénoménal de l'hystérie est extrêmement diversifié et tire plutôt ses caractères de l'ensemble des phé-

nomènes morbides que de quelques symptômes particuliers.

11° L'attaque d'hystérie comporte le plus souvent des phénomènes sensitifs et convulsifs auxquels se joignent fréquemment des troubles de l'intelligence.

12° L'hystérie revêt assez souvent la forme de certaines maladies différentes d'elle-même, ce qui constitue l'hystérie *larvée*.

13° L'hystérie est une des maladies les plus rebelles et les plus sujettes à récidive; il ne faut pas confondre la suspension plus ou moins prolongée des attaques avec la guérison radicale.

14° L'hystérie est une maladie réelle, spéciale, qui consiste essentiellement dans une névropathie dont la nature est inconnue. Son nom est une erreur; il conviendrait de le changer.

15° Le traitement de l'hystérie consiste : 1° dans l'élimination des complications, lorsqu'il en existe; 2° dans l'administration des moyens dirigés contre l'état nerveux lui-même.

16° Il n'existe point de remèdes antihystériques absolus. Les remèdes de l'hystérie sont d'abord tous ceux que réclament les complications; puis ceux dirigés contre la névropathie : sédatifs, toniques, stimulants, antiphlogistiques, selon l'occurrence.

17° L'hystérie étant presque toujours le produit des vices de l'hygiène, c'est dans l'hygiène surtout qu'il faut chercher les moyens de la guérir radicalement.

***Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne*; par M. le professeur BOUILLAUD.**

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

ART. 1er.—*Réflexions préliminaires sur l'albuminurie en général, et sur l'historique de* l'albuminurie cantharidienne.

I. L'albuminurie est un de ces nombreux états morbides qui avaient plus ou moins complétement échappé à l'observation des médecins de l'antiquité. La découverte de ce phénomène ne date même que d'un petit nombre d'années. Malgré les recherches réunies des médecins anglais, auxquels appartient l'honneur de la priorité en cette matière, et des médecins français (1), l'albuminurie laisse encore beaucoup à désirer, du moins en ce qui concerne son mécanisme, son mode de production, ou sa *pathogénie*, les diverses conditions au milieu desquelles elle peut apparaître, et les médications qu'elle réclame.

D'après les cas multipliés qui, depuis une dixaine d'années, ont été recueillis dans le service clinique dont je suis chargé, il

(1) Qui ne connaît les belles recherches de M. Rayer sur la *néphrite albumineuse*, et celles de M. Martin-Solon sur *l'albuminurie* ?

m'a semblé qu'on ne pouvait pas rapporter la présence de l'albumine dans les urines à une seule et même lésion morbide, ainsi qu'on peut le voir dans ma *Nosographie médicale*. Le nom de néphrite *albumineuse* ne saurait donc, à mon avis, être appliqué à tous les cas dans lesquels on a constaté une quantité plus ou moins considérable d'albumine. Néanmoins, je pense que cette dénomination, proposée par notre savant confrère, M. le docteur Rayer, convient au plus grand nombre de cas, en substituant toutefois le nom *d'endonéphrite* à celui de néphrite, lorsque la phlegmasie occupe la membrane interne du système excréteur des reins, circonstance beaucoup plus commune qu'on ne l'a cru jusqu'ici (1), et en admettant que cette *néphrite* appartient, le plus souvent, à l'ordre des *irritations* dites *sécrétoires*.

A l'époque, encore bien voisine de nous, où l'on attribuait à *l'affection granuleuse* des reins, décrite par M. Bright (dénomination souvent remplacée par celle de *maladie de Bright*), toute espèce d'albuminurie, je crus devoir signaler des faits dans lesquels l'urine contenait de l'albumine, bien que les reins ne fussent point le siége d'une dégénérescence granuleuse. Au nombre des cas de cette catégorie, je rangeais ceux où, chez des individus jusque-là bien portants sous tous les rapports, j'avais constaté la présence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines pendant le cours de diverses maladies aiguës, telles que la pleurésie, la pleuro-pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, l'entéro-mésentérite typhoïde (2); phénomène dont la durée était en général assez courte. Mais alors, je l'avoue, je ne pouvais assigner aucune cause *précise* à cette remarquable espèce d'albuminurie. Depuis que j'ai conçu l'idée d'un rapport de *causalité* entre l'action de la cantharide et la production d'une certaine espèce d'albuminurie, et que j'ai démontré par de nombreuses observations la réalité de ce rapport de *cause à effet*, je suis arrivé, par la voie de l'induction la plus légitime et la plus pressante, à considérer comme appartenant à cette dernière catégorie de faits, sinon tous ceux dont il était question un peu plus haut, du

(1) Sans parler de certaines affections générales ou constitutionnelles, ou de certaines lésions du sang, qui paraissent être une des sources de l'albuminurie, je me suis souvent demandé si les obstacles au cours du sang dans les veines des reins ne seraient pas aussi l'une des causes de l'albuminurie. Il s'est présenté dans mon service deux cas, où l'oblitération de ces veines a coïncidé effectivement avec une albuminurie. Au reste, l'un des élèves externes qui ont été témoins de ces deux cas, M. Ch. Chevalier, se propose de développer ce point de doctrine, sur lequel, si j'ai bonne mémoire, M. le docteur Becquerel a déjà lui-même appelé l'attention dans ses recherches sur les altérations des urines.

(2) Dans le tome I[er] de ma *Clinique médicale*, publié en 1837, j'ai rapporté trois cas d'entéro-mésentérite typhoïde avec *albuminurie*. Or, dans deux de ces cas, l'albuminurie avait été précédée de l'application de vésicatoires.

moins la plupart d'entre eux. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en examinant de nouveau ces faits, je me suis assuré qu'ils avaient pour sujets des individus, chez lesquels j'avais fait appliquer des vésicatoires dans le cours des maladies aiguës pour lesquelles ils étaient entrés à l'hôpital, et j'ajoute que ces vésicatoires avaient été placés le plus souvent sur des surfaces scarifiées par l'application de ventouses.

Parmi les observations nombreuses que je pourrais citer à l'appui de ce que je viens d'avancer, je choisirai celle qui a été consignée dans une thèse sur le rhumatisme articulaire aigu, soutenue, en 1847, à la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur de La Ruelle (1).

En traitant des altérations des liquides que l'on rencontre dans le rhumatisme articulaire aigu, M. de La Ruelle dit : « Chez une malade atteinte de rhumatisme articulaire aigu, à la Charité, service de M. le professeur Bouillaud, nous avons observé des urines fortement albumineuses. » Après avoir rapporté cette observation, M. de La Ruelle ajoute : « L'intéressante observation que nous venons de rapporter nous montre une coïncidence de l'albuminurie avec l'affection rhumatismale. »

A l'époque où M. de La Ruelle soutint sa thèse (18 mai 1847), nous n'avions pas encore entrevu le rapport qui existe, dans certains cas, entre l'action de la cantharide et l'albuminurie, et rien n'avait encore été *publié* sur ce sujet. L'auteur de la thèse se borne donc à signaler une *coïncidence* entre le rhumatisme articulaire et l'albuminurie dans le cas dont il a été témoin dans notre service, en février 1846. Mais la coïncidence dont il s'agit ici n'était rien moins qu'un rapport de *cause à effet* entre l'affection rhumatismale et l'albuminurie. Cette dernière était très-probablement l'effet de l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale, et ne fut notée que le lendemain de cette application (2). Je suis d'ailleurs bien loin de prétendre que l'albumi-

(1) *Du rhumatisme articulaire aigu*, thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue, le 18 mai 1847, par Guillaume-Napoléon-Gabriel de La Ruelle.

(2) Voici un extrait de cette observation que nous recueillîmes avec de grands détails :

La nommée Girard était depuis huit jours affectée d'un violent rhumatisme articulaire aigu, avec coïncidence d'endocardite, lorsqu'elle fut admise dans notre service, le 7 février 1846.

Une saignée lui fut pratiquée le jour de son entrée ; deux autres furent faites le lendemain.

Le troisième jour, une quatrième saignée et un *vésicatoire sur la région précordiale.*

On nota ce qui suit le lendemain de l'application du vésicatoire : *Urines opalines donnant un précipité blanc par l'acide nitrique, prenant l'aspect d'une solution de sirop d'orgeat quand on les agite ; les urines se troublent et four-*

nurie ne puisse jamais coïncider avec le rhumatisme articulaire. Je professe depuis longtemps que l'appareil urinaire est un de ceux qui s'enflamment assez souvent en même temps que les tissus séro-fibreux des articulations. Il serait donc possible que, à un certain degré et sous une certaine forme, les phlegmasies de cet appareil eussent pour effet la production d'une quantité plus ou moins notable d'albumine. Mais j'avoue que le temps m'a manqué jusqu'ici pour étudier exactement cette question.

II. Quoi qu'il en soit, je me propose de faire connaître ici une espèce d'albuminurie, sur laquelle nul des auteurs, qui, se sont occupés de l'étude de ce phénomène, n'avait encore appelé l'attention du public médical. Lorsque, il y a six mois environ (2 juin 1847), je communiquai à l'Académie royale de médecine mes premières recherches sur cette nouvelle espèce d'albuminurie, notre savant collègue, M. Rayer, nous apprit que, dans un travail sur la *cystite cantharidienne*, adressé à l'Académie des sciences, M. Morel-Lavallée avait déjà constaté la présence de l'albumine dans les urines, chez des individus auxquels on avait appliqué des vésicatoires (1). Je n'avais aucune connaissance des recherches de M. Morel-Lavallée quand j'entrepris celles que je vais consigner ici, et l'on excusera facilement mon ignorance, en réfléchissant que le travail de M. Morel-Lavallée n'a point encore été publié.

Je crus d'abord que M. Morel-Lavallée avait effectivement fixé son attention sur l'albuminurie provenant de l'action des cantharides sur les reins, unique objet de mes recherches. Il ne fallait rien moins pour me détromper que la lecture du résumé de son travail inédit, résumé rédigé par M. Morel-Lavallée lui-même.

On verra plus loin, par ce résumé, qu'il ne s'agit nullement pour notre confrère de l'action de la cantharide sur les reins, ni de l'albuminurie qui peut résulter de cette action sur les reins, de même que, dans mes propres recherches, il n'était aucunement question de l'albuminurie que M. Morel-Lavallée rapporte à une *cystite cantharidienne* (2).

naissent également un précipité blanc quand on les chauffe jusqu'à l'ébullition.

L'analyse chimique d'une portion de ces urines, faite par M. Quévenne, démontra que ce liquide contenait une forte proportion d'albumine.

Les jours suivants, l'albuminurie diminua graduellement, mais elle n'avait complétement cessé que le seizième jour après l'application du vésicatoire (c'est une des albuminuries cantharidiennes les plus prolongées que nous ayons observées). Au reste, l'affection rhumatismale était entièrement dissipée à l'époque de la cessation de l'albuminurie.

(1) Voyez le *Bulletin de l'Académie royale de médecine* (séance du 2 juin 1847).

(2) Une lettre adressée à la *Gazette des Hôpitaux* par l'interne de M. le doc-

Mais avant de mettre en parallèle les résultats du travail de M. Morel-Lavallée avec ceux qui dérivent de nos propres recherches, exposons succinctement les faits par nous recueillis depuis sept à huit mois.

ART. 2. — *Relation des observations concernant l'albuminurie cantharidienne.*

Ces faits, au moment où j'écris, sont au nombre de dix-sept; mais comme il ne se passe guère de semaines où nous n'en rencontrions un ou plusieurs semblables, le temps n'est pas éloigné où nous posséderons des centaines de cas d'albuminurie cantharidienne, affection que l'art produit réellement à volonté.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Observations relatives aux sujets chez lesquels des vésicatoires ont été appliqués sur des régions de la peau scarifiées.*

Elles sont au nombre de quinze. Dans toutes, une seule exceptée, il y a eu production d'albuminurie. Dans l'observation relative à l'absence de l'albuminurie, le vésicatoire appliqué était de petite dimension.

OBS. I. — Calville, âgé de 32 ans, mouleur, d'une constitution de force moyenne, était malade depuis huit jours lorsqu'il fut admis à la Clinique, le 29 avril 1847 (17, Sait-Charles).

Le 30 avril, après une attentive exploration, dont il serait trop long de consigner ici les résultats (1), on porta le diagnostic suivant : *pleurésie avec épanchement médiocre.*

Le caillot d'une saignée de trois palettes, pratiquée la veille, offrait une belle couenne *inflammatoire* avec forte rétraction.

Les urines étaient claires, *et ne se troublaient pas par l'acide nitrique.*

Prescription : *Saignée de trois palettes ; ventouses scarifiées sur le côté malade, et large vésicatoire le soir sur le même côté.*

Le 1er mai, le caillot de la saignée offrait une couenne partielle et une rétraction moyenne ; les rondelles des ventouses étaient fermes et glutineuses.

leur Bazin, à l'occasion de ma communication à l'Académie royale de médecine sur *l'albuminurie cantharidienne*, se termine ainsi : « Cet état albumineux des urines nous a semblé être le premier degré de cette inflammation spéciale décrite sous le nom de *cystite cantharidienne*. (*Lancette française*, 29 juin 1847.)

On voit que l'auteur de cette note semble également rapporter la production de l'albumine, non à une irritation des reins, mais à un premier degré de *cystite cantharidienne*.

(1) Disons seulement qu'en arrière, à droite, dans presque toute la hauteur du côté, il existait de la matité, du souffle bronchique, et une résonnance égophonique. — Le pouls qui, la veille au soir, avant la saignée, était à 104, n'était plus qu'à 84. — La température était de 38-39° sous l'aisselle.

Les urines, limpides, mousseuses, *précipitaient assez abondamment par l'acide nitrique* (1).

Le malade entrait d'ailleurs en convalescence ; le pouls était tombé à 72-76 ; le souffle bronchique et l'égophonie n'existaient plus ; la respiration était à 16 (elle était à 28 le jour de l'entrée), etc.

Le 2 mai, les urines de ce matin, d'une teinte jaune pâle, *traitées par l'acide nitrique, déposent un sédiment floconneux, blanchâtre* ; celles de la veille au soir offrent un sédiment briqueté abondant ; elles sont d'ailleurs troubles dans toute leur masse et ne s'éclaircissent pas par l'acide nitrique.

Le 3, les urines sont parfaitement limpides, d'une teinte jaune pâle ; elles ne se troublent nullement par l'acide nitrique. (Examinées les jours suivants, elles n'offrirent non plus aucune trace d'albumine ; et le malade, bien guéri depuis déjà longtemps, sortit le 14 juin.)

Voici le premier cas dans lequel il me vint à l'idée que les vésicatoires pourraient bien être la cause de certaines albuminuries ; depuis lors, j'ai soumis cette conjecture à l'épreuve de nombreuses expériences qui l'ont transformée en *certitude.* Nous allons rapporter ces expériences.

Obs. II. — Un homme âgé de 52 ans, d'une constitution de force moyenne, était atteint depuis cinq jours d'une pleuro-pneumonie gauche lorsqu'il fut admis à la Clinique le 15 novembre 1847.

Une saignée fut pratiquée le jour de l'entrée (elle fut de trois petites palettes, et le sang coula mal).

Le 16. Douleur dans le côté gauche de la poitrine avec oppression (32 inspirations par minute) ; matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure ; souffle bronchique très-prononcé avec retentissement de la voix, dont le caractère est *bredouillant* ou *chevrotant* ; bulles rares, disséminées, d'une crépitation assez fine ; crachats *rouillés*, albumineux, demi-transparents et visqueux. — Fièvre forte (pouls à 100, fort, plein ; température de l'aisselle à 39-40°).

Diagnostic : *Pleuro-pneumonie au second degré occupant les trois cinquièmes postérieurs-inférieurs du poumon gauche.*

Prescription : *Saignées de quatre palettes matin et soir* (2) ; *dans l'intervalle, ventouses scarifiées sur la partie postérieure gauche de*

(1) Dans ce cas comme dans tous les autres, l'acide nitrique versé en excès ne dissolvait point le précipité formé.

(2) Caillot des deux saignées fortement couenneux, rétracté.

la poitrine, de trois palettes ; vésicatoire sur la même région après la saignée du soir.

Le 17. Le malade se trouve beaucoup mieux ; respiration plus libre (24 inspirations) ; crachats non rouillés ; cessation de la douleur ; disparition du souffle bronchique et de la broncho-égophonie, et crépitation disséminée, rare et plus grosse que la veille. — Pouls à 96 ; chaleur diminuée ; sueurs abondantes.

J'annonce que les urines de la nuit et celles recueillies au moment même de la visite précipiteront par l'acide nitrique. En effet, en versant de cet acide dans le bocal qui les contient, un abondant précipité blanc se forme aussitôt ; et, en agitant la masse, elle prend l'aspect et la consistance d'une émulsion.

Le malade avait souffert dans la région du vésicatoire, avait eu de fréquentes envies d'uriner, du ténesme vésical.

Les urines s'étaient un peu troublées par le refroidissement, ainsi qu'il arrive dans la plupart des phlegmasies fébriles avec sueurs abondantes. Une petite couche de mucus ou de *muco-pus* existait au fond du vase qui contenait les urines de la nuit, mais il n'en existait pas dans le vase qui contenait les urines rendues au moment de la visite.

Prescription : *Saignée de trois palettes et demie* (1).

Le 18. Le malade va très-bien : nulle douleur de côté, respiration libre ; crachats peu abondants, les uns opaques, les autres filants et demi-transparents, sans teinte rouillée ; la résonnance est revenue en arrière à gauche ; point de souffle ; respiration vésiculaire presque normale, entremêlée de quelques bulles de crépitation sèche.

Peau moins chaude et moins sudorale ; pouls à 84 ; aucun sentiment de faiblesse ; sommeil bon.

Le malade n'a point eu de douleurs en urinant ; les urines sont claires, d'un jaune un peu foncé ; léger nuage muqueux, demi-transparent au fond ; traitées par l'acide nitrique, elles précipitent encore abondamment et prennent l'aspect d'une émulsion. — Convalescence commençante.

Le 19. La convalescence se soutient ; le pouls est à 76 ; point de souffle ni de bronchophonie ; crachats blancs, opaques, muqueux.

Urines claires, avec un léger sédiment muqueux ; elles se troublent à peine par l'acide nitrique.

Le 20. Le malade est dans l'état le plus satisfaisant : respiration libre, nulle douleur, point de fièvre (pouls à 68-72).

Les urines sont claires, d'un jaune pâle ; nul dépôt au fond du

(1) Caillot encore fortement couenneux et rétracté.

bocal qui les contient; elles ne se troublent nullement par l'acide nitrique.

On commence à prescrire du bouillon.

La convalescence marche rapidement, et, au bout de huit jours, le malade, complétement guéri, mange trois portions (1).

Obs. III. — Moreau, âgé de 56 ans, commissionnaire, fut admis à la Clinique le 15 mai 1847.

Affecté d'une bronchite chronique avec emphysème pulmonaire, il éprouvait de plus, depuis huit jours, un point pleurétique à droite, et quelques signes de pneumonie superficielle du même côté.

Le jour de l'entrée, on lui fit une saignée de trois palettes.

Le caillot, fortement rétracté, était recouvert d'une couenne épaisse, dense, fibreuse, retroussée sur ses bords, et ne se rompant pas à une forte pression.

Le 16. Urines d'un jaune orangé, parfaitement transparentes, et ne se troublant nullement par l'acide nitrique.

Prescription : *Ventouses scarifiées, trois palettes, du côté malade, et le soir large vésicatoire sur le même côté.*

Le 17. Le malade a ressenti de fréquentes envies d'uriner, avec sentiment d'ardeur très-vive le long du canal de l'urèthre. En même temps, coliques et envies fréquentes d'aller à la garde-robe.

Cependant, le pouls était à 60 comme la veille.

Les urines, d'une teinte orangée, offrent, après leur refroidissement, un précipité assez abondant qui ne se dissout pas par l'acide nitrique.

Le 18. *Traitées par l'acide nitrique, les urines, encore d'un jaune orangé, mais tout à fait transparentes, se troublent et prennent la consistance d'une émulsion d'un blanc un peu sale.*

Le 19. Les urines, parfaitement claires, jaunes, médiocrement mousseuses, *se troublent encore notablement par l'acide nitrique*, et par l'agitation, la masse du liquide prend l'aspect d'une émulsion peu épaisse d'un blanc un peu sale.

Le 20. Le malade n'éprouve plus aucune ardeur d'urine. *Les urines du matin*, bien limpides, *ne se troublent nullement par l'acide nitrique*. Il en est de même des urines rendues les deux jours suivants, et le malade, bien guéri de sa dernière maladie, sort le 31 mai. *(La suite à un prochain numéro.)*

(1) Les lecteurs de ce journal verront, dans les deux cas que nous venons de rapporter, dans le second surtout, une nouvelle preuve de la rapidité avec laquelle les phlegmasies de la plèvre et du poumon cèdent à l'emploi bien dirigé de la *nouvelle formule des émissions sanguines.*

De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme, avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection; par Ed. Courtin, interne des hôpitaux de Paris, etc.

(Suite et fin : *voir* t. IV, novembre 1847, p. 200; décembre, p. 332.)

(Gazette médicale de Paris, N° 52; 1847.)

DEUXIÈME PARTIE.

Elle a pour objet de démontrer que les bains sulfureux soulagent mieux et à moins de frais que tout autre moyen ; qu'en outre, ils produisent dans les signes physiques de l'affection des changements immédiats, tous en faveur de la théorie adoptée sur la nature de l'asthme.

Cette seconde partie sera complétée par quelques remarques sur les indications et les règles d'administration des bains sulfureux dans l'asthme.

CHAPITRE Ier. — *Faits cliniques.*

§ I. — *Observations.*—Comme type du genre pour l'étiologie, la marche, les symptômes, je citerai en première ligne une observation dont le sujet est resté sous mes yeux pendant plusieurs mois ; ce cas a présenté tour à tour les complications les plus fréquentes de l'asthme, et plusieurs recrudescences et transformations dont l'étude ne sera pas sans intérêt.

Obs. I. — Jean Sausset, âgé de 64 ans, cordonnier, vint à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 3 janvier 1847, pour une oppression continue depuis un mois.

Né à Fougères (Bretagne), il a joui, pendant sa première enfance et jusqu'à l'âge de 40 ans, d'une santé excellente, et ne s'enrhuma presque jamais. Son père fut tué en 1793. Sa mère, morte il y a quelques années, était, dit-il, asthmatique dès sa jeunesse. Pour lui, après avoir beaucoup voyagé en France, il vint, il y a quinze à dix-huit ans, se fixer à Paris. Il s'y est bien porté pendant quelques années; mais depuis dix ans, chaque hiver lui ramène pendant deux ou trois mois une oppression continue accompagnée de toux, qui, légère d'abord, prend chaque année une intensité croissante ; en outre, à la fin de chaque nuit, à heure variable, il est éveillé par une orthopnée de cinq à dix minutes au plus de durée, pendant les premières années, et ordinairement suivie de crachement plus ou moins pénible; oppression et attaque, tout disparaissait au retour de l'été.

Pendant l'hiver dernier (1845—1846), l'oppression continue fut beaucoup plus intense, et les accès plus longs au point de priver presque complétement le malade de sommeil : la rémission

de l'été suivant fut aussi moins complète, le malade, libre dans la journée, continuant à rejeter tous les matins, presque sans toux, une petite quantité de crachats *fermes et très-gluants,* dit-il. Un peu avant l'automne dernier, la toux et l'oppression continues reparaissent; en décembre, les exacerbations, déjà plus intenses, se montrent à heures variables, tantôt dans la journée, tantôt dans la nuit, *chacune coïncidant avec une expectoration très-difficile ou nulle.* Particulièrement interrogé sur le début de ces attaques, il dit que toutes commencent par un sentiment d'oppression, de pesanteur sternale, graduellement porté jusqu'à la dyspnée la plus intense. Depuis un mois, il dort très-peu et passe la nuit dans l'orthopnée, avec sensation de corps étranger à la gorge, toux, efforts expulsifs et expectoration presque uniquement séreuse ; parfois il *arrache* avec peine des crachats épais et collants. Assez calme en dehors des attaques, il a pu, dans ces derniers temps, se livrer à un travail manuel peu pénible, à la condition de rester assis, de ne point plier le corps en deux, d'éviter les grands mouvements et les efforts. Mais dans ces dernières quarante-huit heures, l'orthopnée fut continue et tout mouvement devint impossible. Le malade est pourtant venu à pied à l'hôpital, s'arrêtant tous les dix pas pour reprendre haleine.

Le 4 janvier. Rien n'a changé depuis hier, et au moment d'envoyer ce malade au bain sulfureux, on constate l'état suivant : orthopnée ; respiration anxieuse ; mouvements respiratoires énergiques, mais réguliers, du thorax et de l'abdomen ; râles trachéaux à distance, sifflants et ronflants. En avant et en arrière, résonnance tympanique de la poitrine, bien musclée d'ailleurs, un peu sèche, mais de conformation extérieure tout à fait normale. Dans tout le poumon gauche et la partie antérieure du poumon droit, absence du murmure vésiculaire remplacé par un ronchus très-grave et sec, de temps à autre traversé par un râle sibilant aussitôt étouffé. Dans le reste du poumon droit, murmure vésiculaire faible, avec quelques râles vibrants et bullaires peu prononcés. Sensation de compression, de resserrement insurmontables à la base de la poitrine. Toux rare ; expectoration séreuse abondante, surnagée par quelques crachats muqueux denses, dont le rejet exige les efforts les plus pénibles. Anorexie notable d'un mois ; pas d'état saburral. Les bruits anormaux des voies respiratoires rendent impraticable toute exploration du cœur ou des gros vaisseaux. Notons cependant que le sujet, de constitution sèche et vigoureuse, n'a jamais eu de palpitations. Congestion céphalique assez marquée ; pesanteur de tête.

Bains sulfureux (*illico*) ; orge-miel ; looch sp. Tolu ; une portion.

Ce bain, toléré, pendant quelques minutes seulement, a un effet peu sensible. Mais après le second, administré le lendemain, et dans lequel le malade passe plus d'une demi-heure, l'expectoration solide est déjà moins pénible et plus copieuse ; résonnance thoracique moindre, presque normale pour un sujet de cet embonpoint ; murmure vésiculaire faible partout, sauf à gauche en arrière, avec râles vibrants nombreux, surtout graves, dans toute la poitrine. L'expectoration est pour la majeure partie composée de crachats muqueux denses.

Résultats analogues les jours suivants ; les journées et le commencement des nuits sont assez calmes, mais l'exacerbation d'orthopnée reparaît toujours vers le matin. C'est seulement vers la fin du mois, au douzième ou treizième bain sulfureux, que l'on peut constater une amélioration considérable.

Le 2 février. En dehors des attaques nocturnes, la respiration est assez libre pour que le malade puisse marcher sur un plan horizontal, se vêtir, etc., sans suffocation ; celle-ci se manifeste seulement quand il monte un escalier ; l'expectoration est alors peu abondante, mais facile, exclusivement muqueuse et plutôt dense que fluide. Pendant la première moitié de la nuit, décubitus horizontal sur le côté gauche ; de trois à cinq heures du matin, l'orthopnée survient comme d'habitude, et persiste jusqu'à ce que l'expectoration muqueuse, presque complétement suspendue alors, se soit rétablie. Les journées se ressentent de la longueur et de l'intensité des accès nocturnes, toujours moindres dans les vingt-quatre heures qui suivent immédiatement le bain. Un refroidissement même léger, la présence de fumée, de brouillards dans l'air, ont une influence incontestable. Examiné vers la fin de l'un de ces accès du matin, un peu avant le bain sulfureux, il présente, en arrière des deux côtés, une sonorité thoracique exagérée surtout en bas ; à gauche, suspension complète du murmure vésiculaire, ronchus grave au maximum d'intensité vers la racine du poumon ; à droite, murmure vésiculaire faible, expiration prolongée avec râles sibilants aigus. Même phénomène en avant, dans le même ordre. Râle trachéal à distance ; sensation de constriction sous-sternale très-intense. De trois à quatre heures, durée de l'accès ; le malade rejette deux ou trois crachats muqueux denses seulement, et une quantité notable de l'expectoration séreuse non aérée. Peu après le bain, les signes stéthoscopiques, profondément modifiés, se réduisent à quelques râles vibrants de divers timbres. Plus de râle trachéal à distance, respiration et

sonorité thoracique égales dans les divers points, normales. Bien-être inaccoutumé. (Bains tous les deux jours.)

Pendant les mois de février et mars, la maladie reste réduite à l'attaque nocturne, et à de la dyspnée dans les grands mouvements, les efforts prolongés; on note seulement quelques complications fréquentes chez les autres asthmatiques. Vers la mi-février se dessina un embarras gastrique qui fut enlevé par un vomitif; l'appétit revint rapidement, mais le malade resta sujet à une névralgie des septième et huitième espaces intercostaux gauches (névralgie dyspeptique de M. Beau), avec douleurs irradiées dans l'hypochondre correspondant et jusqu'à l'épigastre; ajoutées aux douleurs de l'attaque, elles la rendirent beaucoup plus pénible. Au commencement de mars, apparut une pesanteur incommode à l'épigastre, avec congestion céphalique intense, vertiges et dyspnée plus considérable, expectoration muqueuse moins facile. Tous ces symptômes cédèrent complétement à une petite saignée du bras.

Le 29 mars. Retour subit de l'orthopnée continue, le temps étant couvert, humide et très-froid depuis trente heures. Sonorité thoracique à peu près normale; murmure respiratoire faible presque partout, couvert par des râles bullaires plus ou moins nombreux, humides; sensation de turgescence abdominale et borborygmes incommodes. Des éructations nombreuses diminuèrent la dyspnée, et un bain sulfureux, pris le lendemain 30 mars, la calma presque complétement; mais les mêmes signes de flatulence intestinale se reproduisirent avec intensité au début des accès nocturnes, dont la fin fut signalée par des éructations répétées.

Dans la nuit du 1er au 2 avril, j'eus l'occasion d'étudier l'attaque elle-même; elle vint entre trois et quatre heures du matin. Au sentiment habituel de constriction sous-sternale, s'ajoute actuellement la sensation dans l'hypochondre gauche d'un corps qui se gonfle, s'étend transversalement vers l'épigastre, et, amenant une oppression irrésistible, force le malade à se mettre sur son séant, parfois seulement à se coucher sur le côté gauche. Quoiqu'il en soit, le décubitus dorsal devient impossible. La toux et l'expectoration muqueuse se suppriment complétement; sifflements et ronchus trachéaux à distance, rejet par intervalle du liquide séreux pur; résonnance tympanique de toute la cage thoracique, avec son humoral remontant très-haut dans l'hypochondre gauche. La mensuration de la poitrine donne 81-82 centim. Apnée partout en arrière, murmure vésiculaire très-faible en avant; partout râles vibrants de timbre varié. Orthopnée avec

très-grands mouvements synergiques, thoraciques et abdominaux. Immobilité absolue ; un simple mouvement du bras, pour saisir quelque objet placé derrière le malade, suffisant pour déterminer l'étouffement au plus haut degré. L'anxiété est extrême. Peu à peu la toux se prononce, sèche et quinteuse d'abord, et entraînant seulement l'expectoration liquide plus ou moins aérée. Sur la fin de l'accès, plus violente et plus grasse, elle amène péniblement quelques crachats muqueux. Au bout de deux heures environ, cette attaque fut jugée comme les autres par le rejet, difficile d'abord, de crachats muqueux denses, semblables pour l'aspect à du riz cuit, ou mieux à de l'agate grise.

Pour le reste du temps, calme, facilité de mouvements dans une certaine mesure, comme à la date du 2 février. La mensuration de la poitrine donne alors 78-79 centim. de circonférence inférieure. Le malade se promène pendant la plus grande partie du jour dans les salles ou même dans les cours ; mais il ne peut gravir deux étages de suite sans éprouver une sensation d'étouffement qui le force à s'arrêter en arrivant en haut.

Jusqu'ici les bains sulfureux ont été administrés régulièrement tous les deux jours ; ils vont être suspendus momentanément pendant l'application d'un vésicatoire sur l'hypochondre gauche, faite en vue des complications gastriques. Celles-ci cèdent, mais les symptômes propres de l'asthme prennent chaque nuit une intensité croissante jusqu'à ce qu'on soit revenu aux bains sulfureux (12 avril), qui ramènent graduellement le calme habituel.

De cette époque au 12 mai, une rechute de quelques jours, occasionnée par un refroidissement pris dans les cours pendant une belle journée du printemps, est le seul incident à noter. Le malade, une fois remis, demande son *exeat* dans l'état suivant : journées et nuits calmes, celles-ci dans leur première moitié. Vers deux ou trois heures du matin, réveil inévitable, et au bout d'un quart d'heure environ, oppression légère d'abord, puis orthopnée. Tout rentre dans le calme vers dix ou onze heures du matin.

Ce cas résume les points les plus importants de l'histoire de l'asthme ; aussi l'ai-je choisi entre plusieurs, bien qu'il ne soit pas des plus avantageux comme échantillon du traitement. On est tout d'abord frappé des transformations subies à diverses périodes par la maladie, exacerbante pendant l'hiver seulement au début, puis intermittente pendant un été, enfin définitivement exacerbante pour devenir continue dans les derniers moments. L'hérédité, les signes physiques la caractérisent d'ailleurs suffisamment.

Souvent on verra le premier et même le deuxième bain sulfureux ne rien produire; mais dès que le soulagement se déclare, il va croissant. Le deuxième bain procure une diminution notable dans les signes physiques, un soulagement réel; mais ces effets immédiats du bain ne sont nulle part plus évidents qu'à la date du 2 février. Aussi est-ce ce résultat que je propose comme exemple. Rien de plus fréquent que les complications saburrales, ordinairement très-faciles à enlever: complication qui, dans le cas actuel, cède en effet à un seul vomitif, laissant derrière elle une douleur névralgique qui ne cèdera que beaucoup plus tard à l'application d'un vésicatoire. La rechute du 29 mars n'a plus les caractères propres à l'asthme: des râles bullaires ont remplacé les râles vibrants, l'emphysème est faible ou nul, et la flatulence intestinale très-marquée. Sans parler du froid, qui joue ici son rôle habituel, il y a, je pense, un rapport évident entre la transformation du catarrhe et l'état de souffrance du tube digestif. Sans que le sujet mangeât sensiblement moins, ces malaises se dessinaient, depuis quelques semaines, probablement sous l'influence de la mauvaise alimentation des malades pendant le temps de carême. Quoiqu'il en soit, la nutrition a souffert; et on admet très-facilement qu'il en résulte, dans la nature des sécrétions morbides, une modification analogue à celle que leur imprime l'agonie, ou une débilitation générale par quelque cause que ce soit. Les éructations qui apparaissent accidentellement à la fin des accès, les sensations intimes déterminées par la flatulence stomacale ont été considérées par quelques auteurs, Floyer entre autres, comme essentielles dans l'attaque de l'asthme. Elles disparaissent dans notre cas après l'application du vésicatoire, avec la complication qu'elles caractérisent. Les observations suivantes, où l'asthme est dégagé de cette complication, feront mieux apprécier les effets immédiats et définitifs des bains sulfureux.

Obs. II. — Antoinette-Euphrasie, âgée de 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 26 avril 1847. Enfant des hospices, élevée à la campagne par des mercenaires, et à tous ces titres fort mal soignée, elle fut affectée pendant toute sa première enfance d'une toux presque continuelle. Ses souvenirs font remonter à l'âge de 7 ans une oppression telle qu'elle ne pouvait alors courir comme les autres enfants; à 12 ans, âge où parut la menstruation, cette dyspnée continue commença à prendre la forme intermittente nocturne; les attaques, au maximum d'intensité de 18 à 25 ans, étaient, dit-elle, caractérisées par un sifflement trachéal intense et l'impossibilité d'articuler deux mots de suite sans

essoufflement. La malade vivait alors à Verdun; elle n'a dirigé aucun traitement spécial contre son asthme, qui a pris peu à peu la forme exacerbante actuelle; elle jouissait d'un embonpoint marqué et était purgée chaque mois pour une constipation opiniâtre et habituelle. Dans cette première période de son existence, pas d'autre malaise que quelques battements de cœur qui se joignent souvent aux autres prodromes de l'accès, et quelques crachements de sang; ces derniers ne se sont plus représentés depuis. Elle est célibataire et n'a jamais eu d'enfant.

A Paris depuis douze ou treize ans, elle voit décroître son embonpoint, sans ébranlement de la santé générale, sauf pendant l'année qui vient de s'écouler; en dehors de ses attaques d'asthme, pas d'autre accident qu'un ictère contracté il y a quatre ans par suite d'une frayeur vive. Les exacerbations de la dyspnée asthmatique l'amènent à l'hôpital une ou deux fois chaque année, au printemps et à l'automne, avec une intensité toujours croissante; elle est soulagée à chaque fois par des applications de sangsues en divers points de la poitrine et au cou. Chacun de ces traitements la retient un ou plusieurs mois à l'hôpital. L'haleine est courte dans les intermissions. Jamais elle n'accuse la constipation permanente, par crainte, dit-elle, des remèdes usités, et la purgation périodique se trouva ainsi tout à fait suspendue.

Enfin, dans l'année qui vient de s'écouler, la menstruation, très-régulière jusqu'alors, se dérange, et une ménorrhagie peu abondante, il est vrai, se manifeste tous les huit ou quinze jours. Rien de ce côté dans le courant du dernier mois; en même temps l'appétit diminue et la constipation augmente. Pendant l'été, amaigrissement plus rapide, chute des forces, la pâleur succède à une coloration habituelle du teint. Vers la mi-décembre dernier, probablement sous l'influence des froids rigoureux qui éclatent alors, exacerbation de l'asthme si intense que la malade, aussitôt admise à la Charité, éprouvait déjà un commencement d'asphyxie; une saignée du bras lui apporte un soulagement immédiat, et l'oppression diminuant peu à peu, elle sort après trois semaines environ de séjour. Depuis un mois, nouvelle exacerbation, dyspnée continuelle, le plus souvent portée jusqu'à l'orthopnée et condamnant la malade à une immobilité presque absolue; douleur thoracique vive avec sensation de constriction à la base de la poitrine; expectoration moins abondante que de coutume, très-difficile. Vers quatre heures du matin, accès nocturnes, parfois confondus dans une orthopnée qui dure toute la nuit, avec sifflements trachéaux presque continuels.

Le 27 avril. État actuel : céphalalgie, pâleur marquée, appétit

presque nul, répugnance pour les viandes et les potages, constipation intense, pesanteur stomacale sans flatulence après les repas. L'accès du matin se termine, ayant commencé comme d'ordinaire à l'aube du jour après deux heures environ de sommeil interrompu, la malade étant obligée de rester presque assise sur son lit. Maigreur extrême, rougeur des pommettes, teint cachectique, température normale de la peau qui est sèche et rude; respiration sifflante à distance, haute, anxieuse, à 30-32. Pouls à 90 un peu large, mais dépressible et affaissement complet de l'artère dans l'intervalle des pulsations. Toux peu fréquente, non quinteuse, avec sifflements et bruits de liquide dans la trachée (toux séreuse), ayant amené, depuis le commencement de la nuit, le rejet d'une demi-livre environ de crachats séreux contenant deux ou trois crachats muqueux denses. Mouvements respiratoires pénibles, énergiques, mais très-réguliers; la poitrine, maigre et sèche comme le reste de l'individu, est régulièrement conformée, sans voussure, sans effacement sus ni sous-claviculaire. Sonorité emphysémateuse générale et assez prononcée pour empêcher actuellement de délimiter le cœur, dont on ne perçoit pas non plus les bruits couverts par les râles. Dans toute la poitrine râles vibrants variés, surtout graves, monotones; en arrière et en bas, quelques-uns tremblottants, brisés, comme transitoires aux râles vibrants et aux bullaires; pas de murmure vésiculaire en arrière des deux côtés; langue et bouche saines; ventre de volume normal, douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque gauche, où l'on sent quelques tumeurs molles, faciles à déplacer. (Ipécacuanha, 1 gramme; bains sulfureux; deux bouillons; bourrache miellée.)

Le 28. Les premières minutes passées dans le bain furent comme d'ordinaire très-pénibles; l'expectoration muqueuse dense fut pourtant plus facile et l'oppression moindre. Amélioration générale plus marquée encore, bien qu'il n'y ait pas eu de selles. (Deuxième bain sulfureux, une bouteille d'eau de Sedlitz, une portion.)

La malade supporte mieux le bain qui détermine une expectoration abondante et salutaire de crachats muqueux denses. Deux heures après le bain, sonorité thoracique normale; partout on entend un murmure vésiculaire faible, avec râles vibrants légers dans toute l'étendue de la poitrine, plus faibles en avant; à gauche et en arrière quelques râles bullaires sourds; à peine un peu de râle trachéal à distance. Deux ou trois selles; nuit calme, sauf l'accès du matin qui n'a pas changé; peu d'oppression pendant le jour.

Le traitement habituel produisait son effet accoutumé, lorsque, le 7 mai, la malade se fit renvoyer pour insubordination, sans que j'aie eu le temps de revenir sur l'examen forcément ajourné du cœur et du sommet du poumon gauche, sur lesquels une sonorité sus-épineuse obscure, des douleurs intercostales à la pression, et l'amaigrissement rapide du sujet me donnaient quelques soupçons.

Ici se trouve accusée une cause prédisposante généralement admise, l'existence d'affection catarrhale pendant l'enfance. On remarquera en outre les modifications que subit la maladie dans sa forme, modifications liées à l'âge du sujet, bien qu'on les ait expliquées autrement : l'asthme, continu dans la seconde enfance, prend le type franchement intermittent à partir de l'établissement de la puberté, type qui tend à s'affaiblir par suite du progrès de l'âge et peut-être des altérations que subit la santé générale. Dans d'autres cas, en effet, cette transformation s'est opérée beaucoup plus tard ; ainsi, par exemple, chez M. Am. Lefèvre qui explique cette persistance de la dypsnée dans l'intervalle des attaques par une complication catarrhale. Comment s'altère ici la santé générale? Évidemment par la suppression d'une évacuation périodique, habituelle et nécessaire à la malade, aussi par les conditions hygiéniques moins bonnes dans lesquelles elle est transportée ; peut-être enfin les soustractions de sang qu'elle subit à plusieurs reprises n'y sont-elles pas étrangères. Toujours est-il que ces trois ordres de causes réunis expliquent surabondamment l'état cachectique auquel arrive cette malade. Une amélioration aussi rapidement obtenue, à peine entravée par une rechute (dont la cause est toujours un refoidissement), montre ce que l'on pourrait attendre, chez ce sujet, de soins réguliers et de l'observance des règles de l'hygiène.

OBS. III. — Hervy, âgé de 48 ans, entré à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Sainte-Geneviève, n° 28, le 23 juin 1847. Auparavant polisseur de métaux, il a quitté depuis quatre ans cet état pour celui de journalier, à cause des poussières métalliques ou autres qu'il respirait, et auxquelles il attribue l'affection qui l'amène à l'hôpital. Depuis douze ans il est sujet à des attaques d'une dyspnée, qualifiée *asthme* dans les différents hôpitaux où il a passé, attaques longues de quelques jours à plusieurs semaines, et entraînant la suspension du travail, parfois même l'impossibilité des moindres efforts. Dans les intervalles de calme, la respiration est assez libre pour sa pénible profession. Il a subi dans divers hôpitaux des traitements variés, ayant pour base en général les antipasmodiques et les opiacés, nécessitant trois ou

quatre mois de séjour, et suivis dans ces derniers temps d'un soulagement très-incomplet. Il est venu à pied à l'hôpital, faisant des haltes fréquentes pour reprendre haleine, et n'a pas mis moins d'une demi-heure pour gravir les deux étages qui l'amènent aux salles.

Orthopnée, râles vibrants dans toute la poitrine, tels qu'ils couvrent tout autre bruit ; pas de complications gastriques. Pouls petit, très-dépressible, à 89-90 ; apyrexie, congestion céphalique assez prononcée. (Cataplasmes émollients sur la partie antérieure du thorax, sinapismes aux pieds.)

Le lendemain 26, le malade étant dans le même état, il lui fut administré 1 gramme d'ipécacuanha, puis un bain sulfureux qu'on répéta tous les deux jours. L'amélioration fut rapide, et le 13 juillet, le malade prenait son *exeat* dans l'état suivant : respiration pure partout, entremêlée de quelques râles vibrants très-légers ; la marche, la phonation prolongées sont faciles, sans dyspnée ; oppression seulement dans la courbe, les grands efforts musculaires ; bruits du cœur un peu sourds, éloignés, normaux d'ailleurs.

Je pourrais produire un grand nombre d'observations ; mais les symptômes, la marche de l'asthme, les résultats immédiats des bains sulfureux (changements dans les râles, les diamètres et la sonorité thoraciques, etc.) étant partout les mêmes, j'ai cru pouvoir éviter des détails inutiles en condensant, en un tableau qu'on retrouvera plus loin, les résultats définitifs du traitement ; les intermédiaires ne diffèrent en rien de ceux notés dans les précédentes observations, qui suffisent d'ailleurs pour mettre en relief un point important, l'action des bains sulfureux, plus prompte et plus efficace que celle de plusieurs autres moyens de divers ordres employés antérieurement par les mêmes malades. La preuve est directe, et j'ajouterai à l'avantage des bains sulfureux cette circonstance, qu'ils se sont adressés à une époque plus avancée de la maladie, d'autant plus opiniâtre qu'elle est plus ancienne.

§ II. *Réflexions.* — Les trois observations précédentes ont été prises à peu près au hasard parmi celles que je possède, et on arrive à la même conclusion favorable pour les bains sulfureux, si on opère sur la masse des faits qui se sont présentés dans le service pendant le premier trimestre de cette année. Ils sont au nombre de 22, auxquels je puis ajouter celui d'une dame asthmatique depuis longues années, adressée à M. Beau par mon ami, le docteur Caudmont, et rapidement soulagée par les bains sulfureux, après avoir mis en vain à contribution tous les agents

de la matière médicale, au détriment de sa santé; l'asthme de cette dame était exacerbant non continu, comme dans la dernière observation. Trois autres sujets ont également retiré, à ma connaissance, un soulagement immédiat et prononcé de l'emploi des bains sulfureux répétés. Manquant de détails importants sur les antécédents de ces sujets, leur âge, le degré d'intensité et la forme de leur maladie, je ne les fais point entrer en ligne de compte, et j'analyserai seulement les 23 faits signalés qui, au point de vue du résultat définitif, doivent être divisés en trois catégories. Dans la première, je range avec les 3 cas dont je donne l'observation tous ceux où j'ai constaté une amélioration égale à celle de ces cas, parfois même supérieure; ils resteront cependant confondus pour ne pas multiplier les divisions. Cette catégorie comprend 13 cas, plus de la moitié. La deuxième est composée de 7 cas où l'amélioration évidente, notable, fut cependant moins complète que dans la précédente. Enfin 3 cas, dans lesquels l'amélioration fut nulle ou tout à fait éphémère, forment la troisième catégorie; cette faible proportion d'insuccès aura moins d'importance encore si l'on considère que l'un des trois sujets était atteint de rétrécissement ventriculo-aortique et d'hypertrophie du cœur, et l'autre soupçonné de phthisie. Mêmes considérations sur trois sujets de la seconde catégorie, présentant tous trois une constitution profondément détériorée par la misère, les souffrances, etc., avec anévrysme de l'aorte chez l'un, phthisie pulmonaire au deuxième degré chez l'autre. Le relevé ci-joint des cas de la première catégorie me dispensera de toute réflexion à leur égard (1).

(1) Depuis que ce mémoire est en voie de publication, M. Nélaton a eu l'occasion d'administrer les bains sulfureux à un asthmatique. Ce malade, souffrant sans relâche depuis plusieurs années, avait été soumis une fois sans succès à la cautérisation pharyngienne avec l'ammoniaque liquide, et refusa de se soumettre une seconde fois à l'application de ce moyen par crainte des douleurs atroces qu'il avait endurées. Le premier bain sulfureux détermina de la suffocation et ne put être supporté au delà de quelques minutes, et ce ne fut pas sans peine qu'on décida le malade effrayé à en prendre un second, à partir duquel se déclara une amélioration toujours croissante depuis lors sous l'influence du même moyen.

AGE		FORME.	ÉTAT DU MALADE.		DURÉE du
DU SUJET.	DE L'ASTHME.		A L'ENTRÉE.	A LA SORTIE.	SÉJOUR.
34 ans.	Quelques mois.	Intermittent nocturne.	Insomnie presque complète depuis deux mois par le fait de l'orthopnée, entraînant la cesation du travail.	Sommeil calme ; oppression légère seulement quand il court ou gravit rapidement un escalier.	1 mois.
41 ans.	3-4 mois.	Exacerbant nocturne.	Orthopnée non interrompue et insomnie complète depuis plusieurs jours.	Dort jusqu'au commencement de l'attaque qui arrive au point du jour ; journées calmes.	2 mois.
62 ans.	15-20 j^rs^.	Exacerbant nocturne.	Oppression continue ; insomnie.	Nuits calmes; dyspnée légère pendant la journée.	25 jours.
60 ans.	2 ans.	Exacerbant nocturne très-intense pendant l'hiver.	Oppression telle que la marche est impossible ; orthopnée pendant toute la nuit ; insomnie.	Nuits calmes jusqu'au moment de l'attaque ; marche plus facile même sur un plan ascendant.	15 jours.
55 ans.	1 mois.	Continu.	Pendant le jour, oppression qui le tient dans l'immobilité ; insomnie complète.	Nuits calmes ; diminution notable de l'oppression (lorsqu'il fut emporté par une pneumonie intercurrente).	1 mois.
71 ans.	15 mois.	Exacerbant nocturne.	Immobilité forcée dans le jour ; orthopnée nocturne ; insomnie.	Oppression légère pendant le jour ; les nuits qui suivent l'administration du bain sont complètes.	15 jours.
78 ans.	4 mois.	Exacerbant nocturne.	Marche extrêmement pénible ; insomnie complète depuis le début du mal. Sujet exténué.	Nuits calmes ; oppression diurne très-légère seulement dans les grands mouvements. Restauration avancée.	3 semaines.
43 ans.	4 jours (3e attaque).	Exacerbant nocturne en toute saison.	Oppression nocturne ; insomnie ; dyspnée légère pendant le jour ; continue depuis le début de l'attaque.	Nuits troublées parfois par un peu de toux ; beaucoup moins de dyspnée pendant le jour.	8 jours.
54 ans.	1 an.	Exacerbant nocturne, léger en été.	Orthopnée nocturne ; insomnie ; dyspnée légère dans la journée.	Sommeil calme jusqu'à l'heure de l'attaque ; respiration libre dans la journée.	2 mois (intoxication saturnine).

Dans le premier semestre de l'année dernière (1846), 23 cas d'asthme (1) traités exclusivement par les bains sulfureux donnèrent, comme résultats définitifs, 19 améliorations et 4 insuccès : résultats qui, rapprochés de ceux obtenus cette année, fournissent le chiffre total de 39 asthmatiques soulagés par ce seul moyen, contre 7 qui n'en ont retiré qu'une amélioration faible ou nulle.

Ces chiffres sont éloquents, et je ne pense pas que les autres moyens, la cautérisation pharyngienne elle-même, se soient jamais appuyés sur des résultats semblables. La cautérisation, expérimentée longtemps sans succès par M. Beau, n'a été mise en usage qu'une seule fois cette année, sans aucun avantage pour le malade ; elle agit comme expectorant en suscitant de violents efforts de toux, des nausées, une expectoration séreuse abondante et, par le fait même des efforts expulsifs, le rejet de quelques crachats muqueux ; mais cette action tout à fait locale et momentanée ne produit qu'une amélioration peu sensible et éphémère. Ajoutons qu'elle cause aux malades une répugnance bien justifiée, tandis que tous s'applaudissent et de l'efficacité des bains sulfureux et du bien-être général que leur procure sans aucune fatigue l'application de ce moyen. Quant aux autres agents, antispasmodiques, opiacés, émissions sanguines, etc., à efficacité égale, il faudrait leur préférer les bains sulfureux, qui soulagent à moins de frais pour l'économie, qui, dans les cas mêmes où ils ne donnent pas en dernière analyse le résultat désiré, ont du moins une action bienfaisante sur l'obstruction bronchique qu'ils diminuent, sur l'enveloppe cutanée qu'ils préparent à une réaction plus efficace contre les variations atmosphériques, point important sur lequel nous reviendrons. Pour tout dire enfin, il se présentera des cas (je n'en ai vu qu'un seul exemple) où les bains sulfureux ne seront pas même tolérés sans qu'on puisse saisir la cause de cette antipathie ; peut-être suffirait-il de varier suivant la température le degré de concentration du bain, de l'assortir par quelques tâtonnements à ces idiosyncrasies réfractaires. Cela n'a point été essayé. Quoiqu'il en soit, le bain sulfureux, employé dans la mesure indiquée, est toujours parfaitement innocent, sinon utile, et rien ne peut empêcher d'en faire l'essai.

Cette efficacité bien constatée des bains sulfureux, répétés dans le traitement de l'asthme, est un argument de plus en faveur de la doctrine que nous embrassons, comme le prouvera un exa-

(1) Le nombre total des asthmatiques fut de 26 ; j'ai dû en retrancher 3 sujets traités par d'autres moyens.

men plus approfondi des faits. L'obstruction des bronches par un mucus dense produit, avons-nous dit, les râles, tous les signes physiques de l'asthme et la dyspnée : ce mucus une fois sécrété, son accumulation doit augmenter les accidents que son rejet fera cesser. Or, l'effet immédiat du bain, comme le prouvent les 7/8 des cas que j'ai suivis, auscultant et percutant les malades avant et après le bain, notant soigneusement la nature et la quantité de l'expectoration, l'effet immédiat du bain est, dis-je, de provoquer, soit à l'instant même, soit dans les heures suivantes, le rejet de ces matières denses qui seules peuvent produire les râles vibrants, l'emphysème, etc.; et cela fait, les symptômes essentiels de l'asthme ont baissé dans la proportion de l'abondance et de la nature de cette expectoration. Les faits sont là, leur enchaînement a été cent fois constaté : qui pourrait nier entre eux un rapport de causalité ? La contre-épreuve confirme à sa manière des déductions légitimes : chez les réfractaires, le bain sulfureux ne modifie ni en qualité, ni en quantité l'expectoration habituelle.

CHAP. II. — *Des bains sulfureux en eux-mêmes.*

Quelques mots suffiront pour exposer le mode d'action et d'administration de ce moyen, sa préparation, ses adjuvants, etc.

A. *Action physiologique et thérapeutique.* — Le soufre, administré de temps immémorial contre les affections catarrhales, à l'intérieur et à l'extérieur, est un médicament excitant dont l'effet se traduit par la chaleur plus grande de la peau, l'accélération du pouls. Cette propriété, liée au principe minéralisateur, se retrouve nécessairement dans les bains sulfureux; et la température de l'eau, quand elle est plus élevée que celle du corps, ajoutant son action à celle du soufre, l'excitation cutanée peut être telle qu'une fièvre artificielle s'allume, incident favorable d'ailleurs à la révulsion qu'on recherche. A ce double effet sur l'enveloppe cutanée s'ajoute une véritable fumigation médicamenteuse, le malade respirant forcément les vapeurs au milieu desquelles il est plongé.

Chez l'homme en santé, ce bain produit une action réparatrice, une tonification inconnue; après les bains simples on est beaucoup moins sensible au froid. Chez l'asthmatique, à cet effet prophylactique déjà précieux se joint le soulagement immédiat apporté par l'expectoration muqueuse dense, qui se déclare tantôt dans le bain même, tantôt un peu après, et qui toujours demeure plus facile dans la journée et la nuit suivante. D'après M. Trousseau, ces bains jouiraient de plus, par le fait

du gaz acide sulfhydrique qu'ils contiennent en dissolution, d'une action stupéfiante immédiate diminuant l'excitation fluxionnaire du poumon. Quoiqu'il en soit, cette propriété calmante étant dépassée de beaucoup par l'effet excitant du bain, on proscrirait l'emploi de ce moyen chez les sujets tourmentés de la fièvre, chez ceux affectés d'hémorrhagie avec état fluxionnaire et fébrile évident. Est-ce à la révulsion cutanée, à la fumigation directe qu'il faut rapporter l'heureux effet des bains sulfureux? Toutes deux y contribuent probablement, et l'efficacité de ces bains me semble être bien plus dans la réunion de ces circonstances que dans une spécificité contestable du principe minéralisateur. Celse, qui faisait respirer à ses malades des vapeurs d'eau chaude, se loue de l'emploi de ce moyen. En Turquie on met parfois les malades dans des étuves; l'expérience a démontré à M. Beau que les bains simples soulageaient aussi les malades; mais il y a bientôt renoncé, l'action débilitante de ce moyen ne permettant pas de le répéter impunément plusieurs jours de suite, et rendant d'ailleurs les malades beaucoup plus sensibles aux variations atmosphériques.

B. *Préparation.* — Pour la préparation des bains sulfureux artificiels, on substitue au sulfure de sodium qui constitue les eaux naturelles, son congénère le sulfure de potassium, dissous dans l'acide sulfurique ou chlorhydrique, à la dose de 150 à 250 grammes pour un bain ordinaire. Il ne faut pas perdre de vue que la chaleur du bain ajoute beaucoup à l'effet excitant du sel, et que la sensibilité individuelle doit être graduellement éprouvée pour éviter la *poussée*, dont le seul inconvénient, au reste, est de forcer à suspendre momentanément les bains. Leur température peut osciller entre 25° et 35° cent.

C. *Administration.* — Les bains doivent être pris à jeun et le matin de préférence. Si la saison est rigoureuse, le sujet très-sensible aux influences atmosphériques, il sera bon de les lui faire prendre près de son lit, où il se replacera au sortir de l'eau; les observations citées plus haut montrent tout le danger d'un refroidissement; peut-être compterions-nous moins de rechutes si les malades de cet hôpital n'étaient pas forcés de traverser une cour pour aller au bain et en revenir. Leurs propriétés toniques permettent de les administrer à intervalles rapprochés sans danger pour le malade; on en a donné un tous les deux jours et même tous les jours au début du traitement et quand l'attaque est intense: toutefois, cette manière de faire est restée l'exception. Il est bon d'être prévenu que l'effet immédiat des premiers bains est de produire une dyspnée plus grande, attribuable, 1° à l'air humide

et chaud qui environne le malade, milieu moins propre à l'hématose; 2° à une pression périphérique plus grande. Parfois même les premiers bains sont insupportables au delà de quelques minutes; mais avec un léger effort, l'habitude vient, et cela d'autant plus vite qu'une expectoration plus facile compense et au delà l'inconvénient précité.

D. *Adjuvants, complications.* — L'asthme est presque toujours compliqué, 18 fois sur 23 cas; et 13 fois on trouve une complication gastrique, le plus souvent bilieuse ou pseudo-bilieuse (1). Enlever les complications gastriques, là git le succès du traitement; tant que persistent l'anorexie et les autres troubles de la digestion, les bains restent à peu près inefficaces. A ce point de vue, l'émétique est donc un adjuvant puissant, de tous les jours, car on l'administre avec un égal succès contre l'état saburral, contre les névroses variées et encore peu connues de la digestion, dont l'ensemble constitue la dyspepsie des anciens, la gastralgie des modernes. La formule usitée dans le service est la suivante (pour un adulte):

Émétique. . . . . 10 centig.
Ipécacuanha. . . . 1 gramme.
Dans un julep simple,

à prendre par cuillerées à bouche, de dix en dix minutes, avec une certaine quantité d'eau tiède. Il y a ordinairement déjections copieuses par haut et par bas. La potion vomitive convient encore comme moyen direct contre une dyspnée très-intense, en attendant le bain dont la préparation peut être assez longue: on opterait, dans ce cas, suivant les symptômes dominants, entre cette médication et une saignée du bras; *occasio praeceps*. Dans des cas moins pressants, comme celui de la troisième observation, on se trouve bien d'un large cataplasme émollient sur la face antérieure du thorax et le cou, avec des boissons émollientes chaudes.

E. *Prophylaxie.* — Voilà pour le traitement de l'attaque; je n'ai fait qu'indiquer en passant les propriétés prophylactiques des bains sulfureux, et je terminerai par quelques mots sur ce point important. Les précautions hygiéniques traditionnellement reproduites dans tous les traités, dans tous les articles sur l'asthme, méritent d'être suivies à la lettre; car elles reposent toutes sur cette idée, protestation muette de la vérité un instant débordée par l'hypothèse,

(1) Sous ce dernier nom, M. Beau désigne un état très-fréquent cet été et caractérisé par: anorexie avec ou sans douleurs épigastriques; langue large, molle, humide, couverte d'un enduit jaunâtre; bouche amère, parfois nausée. Les vomissements provoqués n'ont cependant aucun des caractères bilieux et soulagent peu ou point le malade.

que l'asthme est immédiatement soumis aux influences de la température extérieure. Il faut donc prémunir par tous les moyens le malade contre les vicissitudes atmosphériques, l'y soustraire si on ne peut faire mieux ; n'est-il pas plus avantageux en effet de prévenir le retour des attaques d'asthme que d'avoir à les combattre ? A ce point de vue encore, les bains sulfureux l'emportent sur tous les autres moyens dirigés jusqu'ici empiriquement contre l'asthme : laissant de côté les antispamodiques dirigés contre un symptôme isolé ou contre une cause imaginaire, et dont j'ai déjà parlé, je comparerai aux bains sulfureux les trois moyens réputés puissants contre l'asthme : les expectorants (dont je distrais l'émétique commun aux deux méthodes), les opiacés, les saignées locales et générales. 1° les expectorants, à supposer qu'ils aient tous la puissance qu'on leur prête, s'attaquent seulement au produit de la sécrétion morbide sans modifier en rien celle-ci. 2° Les saignées remédient momentanément à la congestion sanguine déterminée dans le poumon par la gêne de l'hématose, et c'est là un avantage réel dans certains cas déterminés ; mais réfléchit-on assez à l'inconvénient grave que peut avoir une émission sanguine, même modérée, chez un vieillard ou un sujet *nécessairement* débilité à l'avance par une hématose imparfaite et des troubles plus ou moins prononcés de la digestion ? La réparation ne sera-t-elle pas d'autant plus lente, la réaction contre les influences extérieures d'autant moindre, que l'appauvrissement général aura été porté plus loin ? C'est alors qu'on voit l'asthme passer d'une forme légère à une forme plus grave, ou revêtir d'un jour à l'autre les caractères groupés, sous le titre de *Catarrhe suffocant*, par Laennec, qui signale ces transitions fâcheuses chez les individus affectés de catarrhe sec ou humide et débilités par la saignée (*Ausc. méd.*, t. I, p. 341). Des inconvénients aussi graves, une efficacité peu durable, mettent donc la saignée dans une infériorité marquée devant les bains sulfureux. 3° Enfin la prophylaxie de l'asthme ne se trouve pas mieux de l'emploi constant des opiacés ; les douleurs contre lesquelles on les dirige cèdent bien mieux à l'ablation de leur cause, troubles de la digestion d'une part, embarras de la respiration de l'autre. Les évacuants et les bains sulfureux que nous préconisons à cet effet ont encore sur l'opium cet avantage qu'ils relèvent les forces digestives et favorisent ainsi, mieux que tout autre moyen, la résistance aux actions débilitantes extérieures.

En un mot, et dans l'état actuel de la science, si l'on peut espérer d'atteindre, dans le sens absolu du mot, à la prophy-

laxie de l'attaque d'asthme, ce qui serait en réalité guérir la maladie, ce ne peut être qu'à l'aide des bains sulfureux et des indications tirées de l'état du tube digestif; car les agents ainsi employés répondent mieux que tous les autres aux deux indications majeures fournies par la connaissance de la nature intime de l'asthme : tarir la sécrétion morbide après avoir enlevé son produit. Qu'on ne s'illusionne point toutefois, ce but n'est pas atteint; mais n'est-ce donc rien que de l'entrevoir ?

D'autres affections de la muqueuse bronchique sont rapidement guéries par la médication précédente, notamment le catarrhe vulgaire; ce dernier (catarrhe trachéal, laryngo-trachéal, rhume, etc.), très-fréquent dans la pratique civile, est rarement observé dans les hôpitaux, où les malades ne viennent d'ordinaire que forcés de suspendre leur travail. M. Beau en a rencontré cependant, dans ces dernières années, un assez grand nombre pour se convaincre de l'efficacité des bains sulfureux dans cette affection. Les quelques cas qui se sont présentés à moi, tous des plus graves, puisque la toux entraînait une insomnie complète, ont été rapidement soulagés sans surcharger de boissons émollientes l'estomac du malade, sans recourir aux préparations opiacées qui, même à faible dose, enlèvent ou diminuent presque inévitablement l'appétit. Un petit nombre de caractères tranchés, pris parmi les signes physiques, séparent de l'asthme cette autre affection catarrhale : point d'altération du murmure vésiculaire, des diamètres et de la sonorité de la poitrine; peu ou point de râles, et ces derniers localisés quand ils existent à la partie supérieure des voies respiratoires; point de dyspnée en dehors des quintes de toux. Cette dernière, la nature et la quantité de l'expectoration, les complications, sont les mêmes dans les deux affections, qui au fond ne diffèrent, comme je l'ai dit, que par le siége de l'obstacle formé au cours de l'air par la sécrétion morbide.

Les bains sulfureux ont également réussi quelquefois à M. Beau d'une manière inespérée dans certains cas de phthisie pulmonaire commençante.

Recherches sur l'emploi de l'eupatorium perfoliatum dans le traitement de la grippe, par le docteur Peebles.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

La fréquence des apparitions de la maladie, désignée généralement sous le nom de *grippe*, ne permet pas de rester indifférent aux recherches propres à éclairer son étude, et à celles surtout qui regardent le traitement. Bien que l'obscurité qui

règne encore sur l'origine et la nature intime de cette affection ne s'étende pas à un égal degré sur son traitement, celui-ci est loin d'être définitivement fixé. Ce n'est pas, cependant, que cette maladie ne présente des indications très-appréciables, et qui sembleraient devoir guider en sûreté le praticien ; mais il tombe dans le doute aussitôt qu'il veut choisir les médications par lesquelles il doit les remplir ; car il est rare que dans les cas graves, par exemple, on ait obtenu de l'emploi des moyens les mieux indiqués une guérison réelle, avec la promptitude que l'on devait attendre de leur activité ; dans le cas, au contraire, où les symptômes sont peu intenses, on a jugé avec raison ne pas devoir fatiguer le malade par leur usage intempestif, et la maladie est abandonnée à elle-même, souvent au détriment de l'art et du malade. C'est sous l'influence de ces considérations et de ces différentes circonstances, dont la réalité l'avait frappé, que l'auteur de ce travail résolut de se livrer à une investigation sérieuse de cette question, qui offre un intérêt si pratique.

Un des caractères les plus remarquables de la dernière épidémie, et qu'ont offert à un degré plus ou moins prononcé toutes celles qui l'ont précédée, c'est la disproportion qui existe généralement entre la souffrance et l'anxiété du malade et le peu de gravité de l'affection. Celle-ci consiste en une réunion de symptômes de caractère et de nature différents, et donnant lieu souvent à des indications opposées. Dans la plupart des cas, on observe simultanément la douleur des reins et des membres, avec un sentiment de lassitude et de prostration générale ; une toux extrêmement fatigante, une forte dyspnée, une violente céphalalgie siégeant communément au front, et qui s'étendait quelquefois à toute la face. La peau fait éprouver à de courts intervalles, sans aucun changement appréciable dans sa température extérieure, un passage rapide de frisson à une chaleur vive, et qui semble n'être qu'un simple trouble de la sensation ; le pouls est faible et quelquefois vacillant. Cette combinaison de symptômes aussi disparates laisse le praticien dans une grande incertitude sur le choix des moyens thérapeutiques qu'il doit employer. Parmi ces divers groupes morbides, le plus embarrassant est le trouble de la circulation. Malgré la ressemblance frappante qu'offre, dans la plupart des cas, cette maladie avec les symptômes du catarrhe ordinaire, il est impossible au plus simple observateur de ne pas reconnaître, à l'état du pouls et de la circulation, qu'il a à traiter une maladie autre que le catarrhe simple. Et, en effet, la médication, qui réussit complétement dans le traitement de cette dernière affection, échoue souvent

dans celui de la grippe, et les antiphlogistiques et les évacuants, qui sont si utiles contre le catarrhe, sont évidemment contre-indiqués dans le traitement de la maladie épidémique par l'état du pouls et de la circulation. Aussi est-on souvent obligé d'associer aux évacuants quelques médicaments toniques ou stimulants. Le caractère spécial de la grippe est certainement de déterminer dans toute l'économie un trouble qui ne peut être combattu par la méthode évacuante seule. Les symptômes fournis par l'appareil pulmonaire qui, dans la forme la plus ordinaire de l'épidémie, sont les plus prononcés et les plus menaçants, ne peuvent être rapportés uniquement à un travail inflammatoire, ni traités seulement par les antiphlogistiques. Ces témoignages sans réplique du caractère spécifique de la maladie doivent certainement influer sur la direction du traitement.

La difficulté d'associer des agents thérapeutiques convenables, sans soumettre les malades à des médications trop énergiques pour une maladie aussi peu grave, amena l'auteur, après divers essais, à employer l'eupatoire (*eupatorium perfoliatum*); cette plante, en effet, semble réunir toutes les propriétés que réclament les indications de l'épidémie. Et, en effet, aussitôt que ses préparations furent administrées d'une manière convenable, on vit, dans la plupart des cas, les symptômes les plus graves disparaître, non-seulement avec plus de rapidité que par toutes les autres méthodes, mais encore d'une manière beaucoup moins pénible et moins fatigante pour les malades. Bien qu'utile chez tous les sujets à certaine époque de leur maladie, l'eupatoire n'a pas suffi dans tous les cas pour amener une guérison complète. Lorsque les symptômes de l'invasion étaient extrêmement graves, quand la sécrétion biliaire était troublée, et surtout dans les cas où la maladie s'était étendue jusqu'au canal alimentaire, on prescrivait avant de l'administrer un cathartique mercuriel, combiné avec la poudre d'ipéca composée. Dans le cas, au contraire, où la violence de la maladie s'était portée, ce qui arrivait le plus souvent, sur l'appareil pulmonaire seulement, avec les douleurs de la tête, du dos et des reins, et cet état de la peau dont il a déjà été question, les effets de l'eupatoire étaient prompts et décisifs; administrée d'une manière convenable, son infusion suffisait seule pour faire disparaître complétement et de la manière la plus expéditive tous les phénomènes morbides.

Cette plante est désignée en Amérique sous le nom vulgaire de *boneset* (qui calme les os), d'après les services qu'elle rendit à une certaine époque dans quelques Etats du nord dans le traitement d'une épidémie de fièvre, qui s'accompagnait de

violentes douleurs dans les membres et l'appareil musculaire, et où l'on obtint de son emploi, et avec une excessive rapidité, la disparition de ces douleurs. C'est à la connaissance de ce fait, et à celle des propriétés remarquables associées dans la préparation de cette plante, qu'on dut de penser à l'employer dans le traitement de la grippe épidémique ; l'essai qui en fut fait dépassa de beaucoup tout ce que l'on avait pu espérer ; car, aussitôt que l'économie était sous l'influence de ce médicament, les douleurs des reins et de tout l'appareil musculaire cédaient avec une rapidité merveilleuse. Or, cette rapidité avec laquelle disparaissent toutes les douleurs ne peut s'expliquer que par l'intermédiaire du système nerveux, sur lequel le médicament avait d'abord porté son action calmante, première propriété que possède à un degré éminent l'*eupatorium perfoliatum*.

Parmi les autres propriétés signalées dans les préparations de cette plante, et qui répondent si exactement aux indications que présente l'économie dans le cas de grippe, nous citerons en premier lieu la facilité avec laquelle on en obtient une abondante et favorable transpiration. Bien que la peau soit souvent, dans le cours de la grippe, mouillée par la sueur, cette dernière n'est, dans la plupart des cas, qu'un produit morbide en rapport avec l'état pathologique de la peau, et est souvent l'un des phénomènes les plus remarquables et les plus embarrassants de la maladie. Les antimoniaux peuvent également augmenter la transpiration, mais sans en changer les caractères ; aussi, sous ce point de vue, leur administration n'est-elle suivie d'aucun effet avantageux, et est-elle bien inférieure à la poudre de Dover ; cette dernière, cependant, dont le premier effet est d'arrêter rapidement plusieurs sécrétions par l'action de l'opium qu'elle contient, ne peut être employée qu'associée à d'autres agents thérapeutiques qui modifient son action primitive ou l'annulent complétement. Exempte de tous ces inconvénients, l'infusion d'eupatoire non-seulement produit une transpiration normale et abondante, mais rend bientôt à la peau sa condition naturelle, sa couleur et sa fermeté ordinaires, et ramène, au lieu de ces alternatives de frisson et de chaleur vive, une moiteur douce et agréable sur toute la surface cutanée. Aussitôt que cette diaphorèse bienfaisante est établie, la toux commence à diminuer, et on observe une amélioration notable dans tous les phénomènes morbides de l'appareil pulmonaire. La diminution de la toux, la disparition de la dyspnée et de cette pénible irritation des poumons, qui, dans beaucoup de cas, semble atteindre les vésicules mêmes les plus éloignées, sont les effets immédiats de

l'emploi de cet agent thérapeutique, que l'on peut considérer dès lors comme un *expectorant* à la fois prompt et efficace. L'auteur ne connaît même aucun moyen thérapeutique ni aucune combinaison de médicaments qui puissent être comparés sous ce rapport aux préparations d'eupatoire. La seule préparation qui puisse s'en rapprocher sous ce rapport est la teinture de Lobélie, recommandée par le docteur Blakiston, en Angleterre; mais comme cette dernière n'a aucun des autres effets thérapeutiques de l'eupatoire, elle lui est nécessairement très-inférieure.

Aux propriétés déjà signalées, on doit ajouter celle qu'elle exerce sur le tube digestif, et qui dispense le plus souvent d'employer pendant le cours du traitement d'autres laxatifs, à l'exception pourtant des cas où la constipation est extrêmement prononcée, ou bien de ceux encore où la maladie se complique de symptômes cérébraux graves.

Enfin, la dernière propriété pour laquelle l'eupatoire est recommandée dans un grand nombre de cas de grippe, c'est l'action tonique qu'elle produit sur l'économie, propriété d'une grande importance pratique, surtout chez les personnes avancées en âge, chez lesquelles la tendance à la prostration est souvent si prononcée dès le début de la maladie, et avant qu'aucun des autres symptômes ait pris une intensité remarquable.

L'admirable association de ces différentes propriétés fait donc de l'*eupatorium perfoliatum* un agent thérapeutique d'une grande puissance, et par lequel on peut remplacer tous les autres moyens ou toutes les combinaisons de moyens qu'on a employés jusqu'ici contre la grippe épidémique. Toutes les fois qu'un malade a été traité par cette méthode dès le début de la maladie, on n'a point eu besoin d'autres toniques ni d'autres stimulants. Ce n'est pas seulement chez les vieillards que les propriétés toniques de l'eupatoire ont produit les résultats les plus favorables; il en a été de même chez les nègres qui offraient dès le début les caractères de l'asthénie la plus prononcée.

Chez les nègres, en effet, la cause morbide semblait épuiser toute son action sur le système nerveux; car l'abattement moral, la dépression du pouls et la prostration de tout l'appareil musculaire avaient une intensité qui n'était nullement en proportion avec celle des autres symptômes. On était souvent étonné en voyant le nègre arriver, dès l'invasion, marchant comme s'il eût été ivre, se regardant comme perdu et sans espoir; et, en effet, offrant une dépression de la circulation effrayante, tandis que les symptômes pulmonaires étaient à peine appréciables, et que, le plus souvent, le tube digestif ne présentait pas le moindre

signe d'altération, soit organique, soit fonctionnelle, en sorte que la seule indication évidente était de combattre la douleur des reins et des membres, la lassitude extrême de l'appareil musculaire, et la céphalalgie peu intense qu'accusait le malade. Dans ces cas, on ne saurait croire avec quelle rapidité disparaissaient ces symptômes graves aussitôt que le malade avait pris quelques tasses d'infusion d'eupatoire.

Il y a encore un autre ordre de cas de la maladie extrêmement embarrassants, et où la même préparation apporte un soulagement immédiat : c'est chez les hommes adonnés à l'ivresse, et chez lesquels la grippe détermine des symptômes de prostration et d'ataxie d'une intensité remarquable. Ces accidents, en apparence très-inquiétants, disparaissent avec une facilité prodigieuse sous l'influence de l'infusion d'eupatoire prise à froid et mêlée avec la teinture ou l'infusion de houblon, suivant la nature des cas.

Mode d'administration. — Dans les cas les plus graves, et que l'on se propose de traiter uniquement par cette méthode, on fait coucher le malade, on le couvre bien, et on lui fait boire une tasse d'infusion préparée avec une once de feuilles sèches, sur lesquelles on a versé une pinte d'eau bouillante. On administre une dose semblable et à chaud toutes les demi-heures. Après la quatrième ou la cinquième dose, il survient des nausées considérables, quelquefois des vomissements, et ensuite une transpiration abondante, sous l'influence de laquelle tous les symptômes s'améliorent immédiatement. En même temps que les nausées se font sentir, l'expectoration devient très-abondante et facile, et le malade se trouve beaucoup mieux. Dans le but de maintenir le malade sous la même influence, on continue d'administrer l'infusion par tasses à trois ou quatre heures d'intervalle et à la même dose. C'est environ six ou sept heures après le commencement de ce traitement que commencent les évacuations alvines liquides, et ensuite le ventre reste libre. Il arrive assez souvent que le soir du second jour, surtout lorsque le malade commet quelque imprudence, tous les symptômes reparaissent, et alors on est obligé de recommencer le traitement. Dans la plupart des cas, cependant, les symptômes disparaissent graduellement, et le malade est guéri vers le quatrième ou cinquième jour. Lorsqu'on a commencé le traitement par l'emploi du calomel ou de quelque autre préparation énergique, on doit dès le lendemain administrer l'infusion pour en obtenir les effets sudorifiques et expectorants. Dans ces cas, on en administre une dose toutes les deux heures. Quand, à la suite de cas

graves, le malade, après la disparition des symptômes les plus prononcés, reste faible, il se trouvera bien de l'administration de l'infusion à trois tasses par jour et à froid.

Cet exposé des propriétés et du mode de l'*eupatorium perfoliatum* ne permet pas de douter de l'utilité de son emploi dans le traitement de cette étrange maladie, à laquelle les praticiens n'ont pu opposer jusqu'ici que des moyens ou trop énergiques ou tout à fait insuffisants.

Essai sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir ; par A., Rodet, chirurgien en chef (désigné) de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon.

(Suite et fin : *voir* t. IV, novembre 1847, p. 230 ; décembre, p. 353.)

(Gazette médicale de Paris, N° 50 ; 1847.)

Deuxième partie. — *Quels sont les moyens les plus propres à prévenir les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium ?*

Tout ce que j'ai à dire sur ce sujet ressort presque directement des considérations auxquelles je me suis livré dans la première partie de ce mémoire. Le premier précepte qui en découle, et celui sur lequel je dois insister avec le plus de force, c'est qu'il ne faut jamais administrer l'iodure de potassium dans des cas qui ne réclament pas rigoureusement son emploi.

Le deuxième, c'est qu'il faut l'employer avec d'autant plus de circonspection que le malade a pris antérieurement une plus grande quantité de mercure, et que ce dernier remède a été pris à une époque plus récente.

Le troisième, c'est que toutes les fois que la maladie pour laquelle on administre l'iodure de potassium est compliquée de l'inflammation de quelque organe, ou de toute autre affection qui n'en dépend pas directement, il faut combattre et détruire la complication avant de recourir à l'iodure de potassium.

Le quatrième enfin, c'est que, dans tous les cas, on doit surveiller attentivement les effets du remède, ne jamais le porter à des doses qui ne soient pas prescrites par la plus stricte nécessité, et en suspendre l'usage aussitôt qu'il paraît exercer le moindre effet délétère sur l'économie.

Premier précepte. — *L'iodure de potassium ne doit jamais être administré dans des cas qui ne réclament pas rigoureusement son emploi.*

Ce précepte est si simple et si vrai qu'il touche à la banalité ;

il est cependant justifié par l'abus extraordinaire que l'on fait aujourd'hui de l'iodure de potassium. Toutes les fois qu'une maladie se présente avec des caractères douteux, il suffit que celui qui en est atteint ait eu autrefois quelque affection syphilitique ou pseudo-syphilitique pour qu'on admette à l'instant un vice imaginaire dans le sang, et pour qu'on se croie autorisé à administrer l'iodure de potassium. Dans ces cas, on se garderait de prescrire le mercure ; on en redouterait les conséquences, et il est admis qu'il faut être sûr de son diagnostic pour recourir à ce remède. L'iodure de potassium, au contraire, est réputé inoffensif, et c'est là une des principales causes de l'abus qu'on en fait. Dans d'autres cas, lors même qu'on ne soupçonne pas la nature syphilitique de la maladie, on a recours à ce remède parce qu'on lui suppose des propriétés chimiques, et parce qu'on a échoué par d'autres moyens. Dans tous ces cas, si les premières doses n'opèrent point d'amendement, on les augmente, et l'on arrive quelquefois à des doses extraordinaires avant d'avoir reconnu son erreur. Souvent aussi il arrive que l'iodure porte son action irritante sur la gorge, et produit une lésion que l'on prend aisément pour un symptôme syphilitique, et que l'on poursuit à outrance avec le remède qui l'a déterminée, et qui n'est propre qu'à l'aggraver de plus en plus. Il importe donc de bien poser le diagnostic avant de faire usage de l'iodure de potassium, et de bien déterminer les cas où il convient d'y avoir recours.

On a employé l'iodure de potassium contre les maladies les plus diverses, et les journaux de médecine publient tous les jours des exemples de guérisons extraordinaires de rhumatisme, de cancer, etc., obtenues par ce médicament. Ce sont là en général des erreurs de diagnostic, comme on peut s'en convaincre en lisant attentivement les observations dont il s'agit, et ces erreurs de diagnostic entraînent ceux qui les méconnaissent dans des erreurs thérapeutiques graves, en leur faisant croire que l'iodure de potassium est doué de propriétés qui lui sont tout à fait étrangères.

L'iodure de potassium peut être employé avec avantage dans les maladies scrofuleuses, et contre les engorgements glandulaires ou autres; toutefois, il m'a semblé qu'il ne convenait de l'employer qu'à faible dose dans le premier cas et qu'en frictions dans le deuxième. En exceptant les maladies syphilitiques, ce sont là à peu près les seuls cas où ce médicament produise des résultats évidemment avantageux ; mais c'est surtout dans les maladies syphilitiques qu'il devient véritablement héroïque, pourvu qu'on sache bien déterminer les cas où il convient. M. Ricord a

déjà depuis longtemps posé des règles précieuses sur ce sujet, et j'ai fait voir moi-même, dans une autre partie de ce mémoire, que ces règles sont en effet conformes à l'observation.

Dans les accidents primitifs de la vérole, rien encore n'a démontré que l'iodure de potassium jouit de quelque efficacité. En conséquence je conseille de ne jamais l'administrer contre ces accidents, à moins que le malade ne soit scrofuleux, et qu'on ne se propose, en l'employant, de remplir une indication accessoire.

Dans les accidents secondaires, il est presque toujours inefficace, et lorsqu'il agit avantageusement, ses effets sont ordinairement si lents, si incomplets et si incertains, qu'on doit s'abstenir complétement de l'employer dans cette période de la syphilis. En général, on abandonne trop facilement le mercure, qui est cependant si efficace dans cette période. Dans les cas même de récidive des accidents secondaires, et dans ceux qui annoncent que la maladie tend à passer à la période transitoire, c'est encore au mercure que je conseille de recourir de préférence, parce que son action est plus prompte et plus sûre.

Dans les cas d'accidents de transition, on peut suivre le conseil de M. Ricord, et associer les deux médicaments dans des proportions convenables. Cette association produit, en effet, des résultats très-rapides. Cependant, comme il importe de simplifier ces médications autant qu'il est possible, j'ai l'habitude de ne prescrire d'abord que le mercure seul, à moins que la maladie ne se rapproche plus de la période tertiaire que de la secondaire. Si le mercure agit favorablement je m'abstiens de tout autre remède ; si, au contraire, son action est trop lente et trop incertaine, je lui adjoins l'iodure de potassium. De cette manière on est certain de faire assez et de ne rien faire de trop, et l'on peut ainsi éviter des accidents que, par une conduite contraire, on aurait peut-être déterminés.

Toutes les fois que l'association du mercure et de l'iodure de potassium est jugée nécessaire, je conseille de choisir de préférence le biiodure, parce qu'il ne peut éprouver, sous l'influence de l'iodure de potassium, aucune modification pour le rendre nuisible. Je ne crois pas cependant qu'il y ait un grand inconvénient à choisir le sublimé corrosif, parce que son activité est presque aussi grande que celle du biiodure ; mais je conseille de ne jamais employer les autres préparations moins actives, surtout les frictions mercurielles, en même temps que l'iodure de potassium.

Dans les accidents tertiaires bien caractérisés, on a aussi l'ha-

bitude de prescrire les deux médicaments à la fois, et c'est encore une faute qui peut avoir des inconvénients. Dans ces cas, je commence toujours par l'iodure seul. S'il agit bien, je m'en tiens à lui ; mais si son action n'est pas assez prompte, je lui associe le mercure, plutôt que de le porter à des doses énormes, comme on le fait tous les jours. On oublie trop que, avant de connaître l'iodure de potassium, on guérissait presque toutes les maladies syphilitiques, même celles de la troisième période, rien qu'avec le secours du mercure ou avec le mercure associé aux sudorifiques.

Ainsi donc, pour résumer ce que je viens de dire, je conseille :

1° De ne jamais employer l'iodure de potassium dans les cas d'accidents primitifs, à moins que ce ne soit pour remplir une indication accessoire ;

2° De ne jamais l'employer contre les accidents secondaires ;

3° De ne jamais l'employer, de prime abord, pour des accidents de transition, et de ne l'associer au mercure que dans les cas où celui-ci semble agir d'une manière lente ou incertaine ;

4° Enfin, de commencer toujours par l'employer isolément dans les cas d'accidents tertiaires, et de lui associer ensuite le mercure s'il n'agit pas d'une manière assez prompte, plutôt que de le porter à des doses énormes.

En suivant ces préceptes, je ne doute pas que les accidents déterminés par l'iodure de potassium ne deviennent extrêmement rares, et que l'on n'évite de compromettre, aux yeux du public, un médicament qui peut rendre d'aussi grands services à la thérapeutique. On objectera sans doute que le diagnostic est souvent incertain, et que, pour que ces préceptes pussent être suivis ponctuellement, il faudrait qu'il fût toujours clair et précis. Cette objection est applicable à toutes les maladies et à tous les traitements, et c'est ce qui faisait dire au célèbre Louis que le diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art de guérir. Je n'ai pas à m'occuper ici des moyens d'arriver à un diagnostic rigoureux. Il me suffit d'avoir démontré que l'iodure de potassium ne doit jamais être administré dans les cas qui ne réclament pas rigoureusement son emploi.

DEUXIÈME PRÉCEPTE. — *L'iodure de potassium doit être employé avec d'autant plus de circonspection que le malade a pris, antérieurement, une plus grande quantité de mercure, et que ce dernier remède a été pris à une époque plus récente.*

Lorsqu'un malade, atteint de syphilis constitutionnelle à une

période quelconque, a pris antérieurement une quantité plus ou moins grande de mercure, on est dans l'usage, depuis quelque temps, de renoncer trop facilement à ce remède et de recourir à l'iodure de potassium. J'ai montré ailleurs quels sont les inconvénients qui peuvent en résulter. Pour éviter ces inconvénients, il faut ne jamais recourir à l'iodure de potassium dans les cas où le mercure est encore indiqué et peut être employé sans qu'il y ait à craindre d'amener la saturation et les désordres qui en résultent.

Si le mercure a été déjà pris en grande quantité, à une époque récente, et que la prudence ne permette plus d'y recourir, c'est au chlorure d'or que je conseille de s'adresser, et non pas à l'iodure de potassium. Je n'ai eu qu'à m'applaudir de suivre cette pratique. D'abord les malades guérissent presque toujours sous l'influence de ce remède, et ensuite, s'il ne produit pas des résultats assez favorables, on le supprime au bout de cinq ou six semaines, et on le remplace par l'iodure de potassium, seul ou associé au mercure. De cette manière, on a donné à l'économie le temps de se débarrasser du mercure dont elle était imprégnée, ou de revenir insensiblement de l'impression et de la surexcitation dans lesquelles l'avait laissée le premier traitement. Je n'ai jamais vu, dans ces cas, le chlorure d'or produire le moindre accident, si ce n'est quelquefois un peu d'agacement de l'estomac. Cette pratique est d'ailleurs pleinement justifiée par la théorie. En effet, aucune réaction chimique n'est à craindre de la part de ce remède, soit sur le mercure qu'on a donné antérieurement, soit sur l'iodure de potassium, que l'on peut administrer postérieurement. Si le mercure existe dans le corps à l'état de deutochlorure, comme le prétend M. Mialhe, il ne peut subir aucune modification sous l'influence du chlorure d'or, et s'il existe à l'état métallique, comme on l'a prétendu, ou sous toute autre forme, ses transformations ne peuvent avoir aucune importance à cause de la quantité si minime du chlorure d'or qui pourrait les déterminer. Quant à l'iodure de potassium, que l'on administre postérieurement, il est évident qu'il ne peut produire, sur le chlorure d'or, aucune réaction qui le rende nuisible pour l'économie.

Si le malade qui est atteint de syphilis constitutionnelle a fait son traitement mercuriel longtemps auparavant, il est permis de recourir, soit au mercure si les accidents appartiennent à la période secondaire, soit à l'iodure de potassium, s'ils appartiennent à la période tertiaire, soit enfin à ces deux médicaments à la fois, s'ils se trouvent sur la limite de ces deux périodes. Dans ces cas,

il est probable que l'iodure de potassium ne produira rien de fâcheux; et néanmoins je conseille d'en surveiller les effets avec d'autant plus de soin que le traitement mercuriel a été fait à une époque moins reculée, parce que, comme je l'ai déjà dit, on ignore quel est le temps nécessaire pour que l'économie se débarrasse entièrement d'un remède qui la modifie aussi puissamment que le mercure, et qu'on doit toujours craindre qu'il n'en reste encore quelques traces dans les tissus, même après quinze jours, trois semaines, un mois et davantage.

Si les combinaisons que je suppose, entre l'iodure de potassium et le mercure, au sein des tissus ou des liquides du corps, paraissaient trop problématiques, je les abandonnerais volontiers; mais le fait pratique n'en resterait pas moins établi, à savoir, que les accidents auxquels l'iodure de potassium peut donner lieu sont d'autant plus à craindre, que le malade qui fait usage de ce médicament a déjà subi un ou plusieurs traitements mercuriels, et que ces traitements ont été faits à une époque plus rapprochée. Or, de ce fait découle naturellement le précepte que je viens de poser, c'est-à-dire que l'iodure de potassium doit être administré avec d'autant plus de circonspection, que le malade a pris, antérieurement, une plus grande quantité de mercure, et que ce dernier remède a été pris à une époque plus récente.

TROISIÈME PRÉCEPTE. — *Toutes les fois que la maladie pour laquelle on administre l'iodure de potassium est compliquée de l'inflammation de quelque organe ou de toute autre affection qui n'en dépend pas directement, il faut combattre et détruire la complication avant de recourir à l'iodure de potassium.*

Nous avons vu ailleurs les accidents qui peuvent résulter d'une conduite contraire. Ce qu'il importe, avant tout, dans ces cas, mais ce qui peut offrir quelquefois, il faut le dire, de grandes difficultés, c'est de distinguer si l'inflammation ou l'affection de l'organe qui est dans un état de souffrance est le résultat de la maladie constitutionnelle, ou si elle en est indépendante. Dans le premier cas, le traitement qui est le plus capable de la faire disparaître est celui de la maladie constitutionnelle; dans le deuxième, ce traitement ne serait propre qu'à l'aggraver.

M. Gauthier a cité l'exemple d'une jeune fille qui présentait tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, en même temps que des tubercules syphilitiques ulcérés, sur différentes parties du corps, et qui fut guérie par l'iodure de potassium. Cette jeune fille vint mourir à l'Antiquaille, quatre ans plus tard, d'une maladie étrangère à celle-là, et, à l'autopsie, on trouva des cicatrices

évidentes dans les deux poumons. Les tubercules pulmonaires étaient de même nature que ceux des autres parties du corps, et voilà pourquoi l'iodure de potassium en triompha. Si l'on s'avisait d'administrer ce remède dans un cas de phthisie tuberculeuse ordinaire, il ne manquerait pas, au contraire, d'augmenter la toux et l'oppression, de produire un chatouillement pénible et douloureux dans les bronches, de supprimer l'expectoration, d'amener l'hémoptysie, en un mot d'aggraver la maladie au point de forcer bientôt à en cesser l'usage. Il en serait de même si le malade était atteint d'une simple bronchite, d'une affection catarrhale avec irritation, etc. Pour prévenir ces inconvénients, il faut donc de toute nécessité combattre et détruire ces affections bronchiques et catarrhales, par des moyens appropriés, avant de commencer l'usage de l'iodure de potassium. On peut d'autant plus facilement se conformer à ce précepte que les maladies constitutionnelles qui réclament l'emploi de l'iodure de potassium n'ont pas en général une marche rapide, et qu'il n'y a presque jamais d'inconvénient à retarder leur traitement de quelques semaines ou de quelques mois.

Ce que je viens de dire des affections des bronches et des poumons peut s'appliquer aux affections de tous les autres organes et de leurs dépendances : du cerveau, du foie, des reins, de l'utérus, de l'œil, etc. Si l'un de ces organes est atteint d'une manière syphilitique, c'est le traitement antisyphilitique qui est le plus propre à le guérir. Mais s'il n'est atteint que d'une inflammation ou d'une irritation simple, en même temps que le reste du corps est affecté d'une syphilis constitutionnelle, il faut s'abstenir de tout traitement antisyphilitique, jusqu'à ce que la complication ait été complétement détruite par les moyens les plus appropriés.

Quelquefois la maladie pour laquelle on juge que l'iodure de potassium doit être administré est compliquée de la suppression de quelque phénomène habituel, soit d'une sueur fétide des pieds, soit d'une fluxion hémorrhoïdale, soit d'une épistaxis périodique, etc. Le plus souvent cette suppression a déjà déterminé l'irritation ou l'inflammation de quelque organe ; alors le moyen le plus propre à combattre et à détruire cette irritation ou cette inflammation, c'est de rappeler la fluxion dans son siége primitif. Quelquefois aussi il n'existe encore aucune irritation à laquelle on puisse s'attaquer ; mais il y a dans le corps un trouble, un malaise ou quelque chose d'anormal qui menace tous les organes et qui n'attend qu'une légère occasion pour frapper quelque part et pour s'y fixer. Dans cet état, l'iodure de potassium pourrait

facilement remplir le rôle de cause occasionnelle. Il faut donc, avant de recourir à lui, rétablir l'équilibre rompu et rappeler encore la fluxion dans son siége primitif.

QUATRIÈME PRÉCEPTE. — *Dans tous les cas, on doit surveiller attentivement les effets de l'iodure de potassium, ne jamais le porter à des doses qui ne soient pas prescrites par la plus stricte nécessité, et en suspendre l'usage aussitôt qu'il paraît exercer le moindre effet délétère sur l'économie.*

Si l'on suivait exactement tous les préceptes que je viens d'établir, je suis bien convaincu qu'on n'aurait presque jamais à constater aucun accident sérieux produit par l'iodure de potassium. Cependant on ne doit jamais se croire dispensé de surveiller attentivement les effets de ce médicament, parce qu'il arrive quelquefois que, après avoir été très-bien supporté quelque temps, il se déclare tout à coup une intolérance complète de la part de l'économie ; quelquefois aussi cette intolérance se manifeste dès les premières doses, lors même qu'on n'a employé que des quantités très-faibles. Dans les deux cas, l'intolérance ne peut s'expliquer qu'en admettant une idiosyncrasie que rien ne peut faire reconnaître d'avance, et voilà pourquoi l'on doit toujours surveiller attentivement les effets du remède.

Mais s'il arrive quelquefois de voir l'intolérance survenir dans des cas où l'iodure de potassium n'est employé qu'à dose faible ou moyenne, il est bien plus fréquent de l'observer dans des cas où il est employé à dose trop forte ou pendant une durée trop longue. Le désir d'obtenir des effets prompts et capables de surprendre les malades porte quelquefois à employer de prime abord des doses élevées. Mais le médecin doit toujours savoir résister à des désirs de ce genre, et ne voir jamais que l'intérêt des malades qui se confient à ses soins.

En 1842, M. Ricord posait le précepte d'employer l'iodure de potassium à des doses assez fortes pour faire disparaître les symptômes, sans être capables d'agir d'une manière pathogénique sur l'économie. Malheureusement il s'écartait lui-même de ce précepte, dans la page suivante, en conseillant de commencer l'emploi de ce remède par la dose de 15 décigr. et d'arriver rapidement à 3 grammes par jour, si les premières doses ne produisaient pas promptement des effets favorables. L'expérience de tous les jours démontre qu'il n'est pas nécessaire en général d'employer des doses aussi fortes pour obtenir de bons effets de ce remède. Elle démontre, en outre, que ces doses doivent varier suivant les sexes, les âges, les tempéraments et surtout suivant les idio-

syncrasies. Les différences qui proviennent du sexe, de l'âge et du tempérament peuvent être appréciées d'avance d'une manière approximative. Il n'en est pas de même de celles qui tiennent aux idiosyncrasies; celles-ci échappent au jugement le plus solide et à l'œil le plus exercé, et il n'est possible de les apprécier que pendant la durée du traitement.

Les différences qui tiennent aux idiosyncrasies sont quelquefois si grandes que l'on voit des doses très-faibles agir d'une manière rapide chez certains malades, tandis qu'il faut des doses trois, quatre ou six fois plus fortes chez d'autres pour obtenir les mêmes résultats, quoique les uns et les autres se trouvent en apparence dans des conditions tout à fait identiques.

Il résulte des considérations précédentes que l'on doit toujours commencer l'emploi de l'iodure de potassium par des doses faibles, et n'arriver à des doses plus fortes que graduellement et lorsqu'on s'est assuré que les premières ne suffisent pas pour lutter favorablement contre la maladie. Du reste, il n'est pas possible, comme je l'ai déjà dit, de déterminer, d'une manière précise, quelles sont les doses qu'il convient d'employer en général, ni les modifications que ces doses doivent subir, suivant les sexes, les âges, les tempéraments et les idiosyncrasies. Cette détermination doit être laissée à la prudence et au tact de chaque praticien. Il me suffit d'avoir posé le principe et d'avoir montré combien il importe de s'y conformer.

Cependant je dois dire qu'en général il me paraît convenable de ne pas donner plus de 25 à 30 centigr. d'iodure de potassium en commençant, de n'augmenter les doses que toutes les semaines, de ne pas dépasser la dose de 2 ou 3 grammes par jour, et de ne pas prolonger le traitement au delà de deux mois. Les cas où l'on est obligé d'arriver à des doses plus fortes ou de prolonger le traitement au delà de ce terme sont des exceptions, et il est impossible d'établir aucune règle à leur égard.

J'ai déjà recommandé d'épier les moindres effets du remède pendant toute la durée du traitement. Si, malgré toute les précautions que l'on a pu prendre, il paraissait agir d'une manière défavorable sur l'économie, il faudrait, sans hésiter, en suspendre l'emploi ou le cesser définitivement. C'est encore à la sagacité et au tact de chaque praticien qu'il appartient de décider, dans un cas donné, s'il convient de revenir à ce moyen, lorsque les accidents qu'il commençait à produire se sont dissipés, ou s'il convient de lui substituer d'autres moyens. Le seul conseil que je puisse donner, à cet égard, c'est de ne jamais oublier, dans cette appréciation, que si l'iodure de potassium est un agent précieux,

il y a un grand nombre d'autres remèdes qui peuvent le remplacer d'une manière plus ou moins avantageuse et que, avant la découverte de ce remède, il y avait bien peu de maladies syphilitiques qui fussent au-dessus des ressources de l'art et qui ne pussent être guéries, soit par les mercuriaux, soit par les préparations d'or ou d'argent, soit par les sudorifiques, soit enfin par différents moyens empiriques, tels que les tisanes de Pollini, de Feltz, de Zittmann, etc.

Là se termine ce que j'avais à dire sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir. Plusieurs des propositions que j'ai émises seront probablement contestées par beaucoup de mes confrères. Peut-être même en est-il plusieurs qui ne se trouveront pas d'accord avec l'observation ultérieure. Dans ce cas, je répéterai pour ma justification ces paroles de Swédiaur que j'ai choisies pour épigraphe : « Malgré que ce sujet soit extrêmement intéressant, je ne sache pas qu'on l'ait encore convenablement examiné. Cette considération doit expliquer pourquoi les recherches *précédentes* ne sont pas aussi parfaites que je le désirerais. »

Remarques nouvelles sur l'emploi de l'huile de cade et de divers produits bitumineux, résineux, empyreumatiques, dans le traitement des affections dartreuses; par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Gazette médicale de Paris, N° 5, 1848.)

Les anciens, dans le traitement des maladies de la peau, faisaient un grand usage des produits bitumineux et résineux et des huiles empyreumatiques, produits auxquels de nos jours une vogue nouvelle a été donnée par des médecins, qui n'ont pas toujours su qu'ils ne faisaient que reproduire des expérimentations thérapeutiques accomplies depuis un grand nombre de siècles.

Le goudron en particulier, qui a été proposé de nouveau il y a une dixaine d'années par quelques élèves d'Alibert, comme le remède spécifique par excellence des affections prurigineuses et squammeuses de la peau, était peut-être de tous les topiques prescrits par les anciens celui que les écrivains grecs et latins indiquaient le plus habituellement dans leurs formules.

Le *goudron* est, comme on sait, un mélange de résine, d'huile empyreumatique et de charbon, obtenu communément de la combustion du pin et du sapin.

Les anciens employaient, soit le goudron proprement dit ou

la poix, soit la résine liquide du pin qui s'écoule par incision, et que nous nommons aujourd'hui térébenthine commune ou *galipot*.

Ainsi *Celse* conseillait, dans certaines éruptions scabieuses, une composition de soufre, de cire, de *poix liquide* et d'huile, réduite par l'ébullition en consistance de miel.

La *résine*, jointe en excès au soufre et au nitre (1), était appliquée aux éruptions papuleuses, eczémateuses, pustulo-croûteuses des extrémités, confondues par le même auteur sous le nom générique d'*impetigo*.

La gale, tant chez les animaux que chez l'homme, se traitait par le soufre mêlé à la *poix liquide*.

L'*éphélide* cédait à un topique composé de *résine*, de sel fossile et de miel.

Archigène recommandait le remède suivant comme capable d'enlever *en cinq jours* l'éruption squammeuse qu'il désignait sous le nom de *lepra*.

Prenez 3 à 4 drachmes d'oxyde de cuivre (*ærugo*), 1 drachme de *résine* de pin liquide, 2 drachmes d'encens récent; broyez avec du vinaigre, et après avoir ajouté de la résine liquéfiée par le feu, appliquez le tout sur la peau nettoyée et frottée. On enlèvera et réappliquera tous les deux jours l'emplâtre, et l'on trouvera les écailles adhérentes au linge.

Dans ce topique, comme dans beaucoup d'autres analogues où l'on mélangeait diverses substances végétales et minérales, la substance résineuse n'entrait que comme excipient ou adjuvant. L'oxyde de cuivre, employé par Archigène et par beaucoup d'autres auteurs anciens, est devenu, au commencement de ce siècle, la panacée universelle d'un empirique qui, l'unissant à un extrait de la matière verte végétale, en avait composé un remède secret connu dans le monde sous le nom de remède de *Kunckel*. Il faut noter d'ailleurs qu'outre l'emploi du topique, l'inventeur avait soin de prescire à ses malades l'usage répété des purgatifs drastiques, si souvent efficace contre les maladies de la peau.

J'ai, pour ma part, très-souvent employé avec succès, dans les affections squammeuses, le goudron purifié uni à l'axonge, dans la proportion de 3 à 5 grammes de goudron pour 30 d'axonge.

L'*huile de cade* est encore un produit résineux et empyreumatique (obtenu de la combustion du genévrier) sur lequel un travail de M. Serre (d'Alais) a rappelé l'attention des médecins

(1) Il est probable que, sous le nom de *nitre*, on désignait plus particulièrement, à cette époque, le *natron*, ou sel alcalin de soude natif.

qui s'occupent spécialement du traitement des maladies de la peau.

J'ai fait, tant à ma Clinique de l'hôpital Saint-Louis qu'en ville, un grand usage de l'huile de cade, et j'ai employé tantôt celle plus pure et d'une origine plus sûre, que la pharmacie Caventou fait venir directement du midi de la France, tantôt celle plus âcre et plus foncée en couleur que l'on trouve communément dans le commerce, et qui est surtout usitée dans l'art vétérinaire.

Plus actif que le goudron, ce produit résineux jouit de propriétés détersives et résolutives très-efficaces dans l'*eczéma* et l'*impétigo chroniques*, l'*acne indurata*, le *cycosis*, le *lupus* et autres affections pustuleuses, tuberculeuses et squammeuses. Bien que ses qualités irritantes puissent parfois le rendre nuisible lorsqu'il est appliqué à des éruptions qui ont encore quelque chose d'inflammatoire, cependant il n'est pas rare de voir les surfaces rougies, excoriées et prurigineuses de l'*eczéma rubrum*, par exemple, se modifier rapidement sous l'application de l'huile de cade, le prurit se modérer, la rougeur diminuer, l'exhalation se tarir et la résolution s'opérer.

Il n'en est pas moins vrai que ce remède ne convient généralement que dans la période chronique de l'éruption, et que l'on doit toujours en surveiller les effets lorsqu'il est appliqué à des cas, où les émollients n'ont point été préliminairement employés pour combattre les symptômes d'excitation que présentent presque toujours au début les éruptions dartreuses, même les plus sujettes à se prolonger indéfiniment.

Un des exemples les plus heureux que j'aie rencontrés de l'action spécifique de l'*huile de cade*, est celui d'un vieillard affecté depuis plusieurs années d'un *eczéma rubrum* (dartre squammeuse humide) qui avait envahi toute l'étendue des membres inférieurs. Beaucoup de remèdes conseillés inutilement par divers médecins avaient lassé la patience de ce malheureux, qui se regardait comme incurable.

Malgré l'ancienneté de l'éruption, je n'osai pas de prime abord employer l'huile de cade, et je préludai par l'usage des sulfureux, des purgatifs, et des pansements avec le cérat calaminaire. Le mal restait à peu près stationnaire, les démangeaisons très-vives, la peau très-rouge ; presque toutes les nuits se passaient dans l'insomnie. C'est dans ces circonstances défavorables que j'eus recours à l'huile de cade, avec laquelle on badigeonnait matin et soir toute l'étendue des parties affectées.

Quinze jours après, le malade était guéri, ou du moins dans un état de résolution voisin de la guérison. Il y a eu depuis

quelques légers retours qui ont été promptement arrêtés par l'huile de cade.

La *suie*, remède ancien et populaire sur lequel M. le docteur Blaud (de Beaucaire) a cherché, il y a quelques années, à appeler la faveur publique, est un produit empyreumatique qui jouit en effet de vertus résolutives très-prononcées dans les éruptions chroniques.

C'est à l'occasion de la vogue donnée à cette époque à la *créosote*, que M. Blaud proposa d'employer de préférence la suie, remède beaucoup plus économique et plus facile à manier que la créosote.

« Puisque la créosote, dit M. Blaud, est un produit de la distillation sèche des substances organiques, et que, d'une autre part, la combustion dans nos foyers est la même distillation faite à l'air libre, où l'âtre représente le fourneau, et les parois de la cheminée la cornue, nul doute que la matière qui se trouve attachée à ces parois, qui n'est que le produit de cette distillation, et dont l'odeur d'ailleurs est analogue à celle de la créosote, ne doive contenir une quantité plus ou moins grande de ce médicament, et par conséquent partager ses propriétés thérapeutiques. »

La suie, comme on le conçoit facilement, est un produit très-variable, mais composé en général de sels de chaux, de soude et d'ammoniaque unis à un corps gras, une huile pyrogénée particulière, une sorte de *goudron* empyreumatique, et à du charbon. Une solution alcaline pourrait contenir tous les principes de la suie et serait employée en lotions, comme la suie mêlée à l'axonge peut être administrée en onctions.

M. Blaud a guéri avec ce topique un *impétigo* du menton (qu'il désigne sous le nom de dartre squammeuse), une *pseudo-teigne* impétigineuse (qu'il indique sous le nom de teigne faveuse), un impétigo des narines, un *eczéma* chronique du prépuce et du gland, et quelques autres affections dartreuses qui certainement auraient pu être combattues avec avantage par d'autres remèdes.

J'ai employé de même avec succès contre l'*impétigo* chronique la pommade à la suie. Mais plus encore que le goudron, ce remède offre l'inconvénient de salir le linge et les draps du malade.

Pour obvier à cet inconvénient, et croyant aussi augmenter par là l'efficacité du médicament, un médecin (assisté d'un pharmacien et d'un vétérinaire) a proposé récemment la substitution des *savons* à tous les topiques employés en médecine sous la forme d'onguents et de pommades.

A l'aide d'un savon dit *normal*, destiné à servir d'excipient à

tous les principes médicamenteux qu'on veut y associer, les auteurs offrent une série de formules qui représentent tous les onguents et pommades usités de nos jours.

Ce savon normal se compose de parties égales d'huile d'olives, d'huile de coco et de potasse ou de soude caustique, suivant que l'on veut obtenir le savon mou ou solide.

Le savon de *goudron* préparé par ce procédé n'est cependant point, à proprement parler, soluble dans l'eau ; mais celle-ci enlève le dépôt formé sur la peau, ce qui suffit pour parer à l'inconvénient signalé plus haut.

Nous avons eu l'occasion de faire à notre Clinique de l'hôpital Saint-Louis quelques expériences avec ces savons médicamenteux, et sauf l'inconvénient attaché à l'usage des compositions graisseuses sous le rapport de la propreté, il ne nous a pas paru que la substitution des savons aux pommades et onguents pût être regardée comme un avantage relativement aux effets thérapeutiques du remède.

Le *charbon*, qui entre pour une certaine proportion dans les combinaisons résineuses et empyreumatiques que nous avons indiquées, a été fréquemment employé, soit pur, soit mêlé à d'autres substances, dans le traitement des maladies de la peau. On l'a proposé contre les éruptions chroniques du cuir chevelu confondues sous le nom de *teigne* ; on l'a employé pour saupoudrer les excoriations de l'*eczéma*, de l'*herpès*, du *pemphigus*, les ulcérations du *rupia*, du *lupus*, etc. Il y a quelques années un médecin hongrois avait proposé, comme spécifique des *dartres*, le charbon minéral uni à la potasse dans un composé qu'il désignait sous le nom d'*antrhakokali*. Nos expériences eurent bientôt réduit à sa juste valeur ce prétendu spécifique qui d'ailleurs n'était pas sans efficacité, mais dont l'activité était due au principe alcalin plutôt qu'au charbon, qui ne pouvait guère être regardé que comme un excipient. Toutefois nous employons quelquefois la poudre de charbon comme dessicative, détersive et antiseptique dans les cas indiqués ci-dessus.

Pour résumer en peu de mots cette rapide esquisse thérapeutique, nous dirons d'une manière générale que les substances résineuses et empyreumatiques, appliquées communément par les anciens au traitement des maladies de la peau, doivent être regardées en effet comme jouissant de qualités astringentes, résolutives et détersives qui se montrent très-souvent efficaces dans l'*eczéma chronique*, l'*impétigo*, le *prurigo*, le *psoriasis* et même dans certains cas de *lupus* ou *esthiomène*.

Traitement de l'épilepsie par les frictions stibiées sur la tête; par M. H. Mettais, docteur médecin à Montrouge.

(Gazette médicale de Paris, nº 6; 1848.)

Il n'y a pas d'affection aussi étrange, aussi affreuse, et, il faut le dire, aussi inconnue jusqu'à présent que l'épilepsie. La médecine a cependant fait bien des progrès depuis un demi-siècle, et, il y a cinquante ans, elle en avait déjà bien fait depuis sa naissance. Mais je ne vois pas que les maladies nerveuses, dont l'épilepsie est peut-être la plus horrible, aient beaucoup progressé. Cela est peu honorable à dire, mais cela est. Tout le monde pourtant s'est mis à l'œuvre avec un courage dont l'humanité doit au moins nous savoir gré.

C'est à ces efforts que nous devons de trouver de temps à autre dans les fastes de la science un fait de guérison, un remède, un moyen qui, par-ci par-là, a produit une heureuse cure; mais pouvait-on demander davantage? Je ne le crois pas. Ne connaissant rien sur la cause du mal épileptique, on n'a pu mieux faire que de lui opposer une médication au lieu de médicaments.

Il est impossible cependant que nous en restions là, que, dans un temps de travaux et de bonnes expérimentations comme le nôtre, on n'arrive pas à une plus heureuse solution de ce grand problème que la nature a proposé à la science. Non, l'épilepsie ne peut pas être incurable! car chaque mal doit avoir son remède: cela est de toute justice dans l'ordre moral comme dans l'ordre physique. Mais malheureusement nos études ne sont pas encore assez complètes. Nous ne connaissons pas encore assez les nerfs, le canal central qui les traverse, et le fluide éthéré qui parcourt ce canal.

Et pourtant toute l'épilepsie est peut-être là.

Cette incertitude est désespérante: elle est cause que nous ne savons que faire en face d'un épileptique, et que nous sommes conduits à regarder l'épilepsie comme incurable.

Pour mon compte du moins, telle avait été mon opinion jusqu'à ces dernières années. J'avais vu des épileptiques autant et plus que bien d'autres; mais je ne m'étais jamais permis de compromettre notre science actuelle en essayant de traiter un seul de ces malades, puisque je n'avais rien de neuf à employer.

En 1843, éclairé par l'observation que je vais rapporter à l'instant, pensant d'ailleurs, comme tout le monde, que le siége du mal épileptique pouvait être dans le cerveau, et ne connaissant pas de moyen spécifique pour le débusquer de là, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas désavantageux d'avoir recours à

cette médication empirique qui réussit dans tant de maladies, surtout de maladies chroniques ou inconnues, à la révulsion. Mais la révulsion s'exerce de mille manières diverses. Je l'ai pratiquée par des frictions stibiées faites le plus près possible du siége du mal, sur le crâne; et voici quels résultats elles ont produits.

OBS. — Cette première observation n'est point un fait d'épilepsie, mais un fait de névralgie cérébrale; je le cite ici parce qu'il est curieux pour sa ténacité et son ancienneté, et qu'il m'a fourni la première idée du traitement de l'épilepsie.

OBS. I. — En l'année 1843, j'eus occasion de voir à Montrouge, dans la banlieue de Paris, madame D..., âgée de 60 ans, d'un tempérament nerveux sanguin, vive et fraîche comme une jeune femme, qui souffrait depuis vingt-cinq ans d'une névralgie siégeant à la partie postérieure du crâne. Un point paraissait principalement douloureux, même au toucher; toute la tête cependant participait un peu à ces souffrances.

Tous les quinze jours à peu près, tous les mois au plus, madame D... était prise de son mal; il était ordinairement tellement violent, que par intervalles elle perdait la tête. Ses yeux devenaient alors brillants et hagards; elle s'arrachait les cheveux de rage, et bien des fois il fallut la retenir pour qu'elle ne se précipitât pas par la fenêtre de sa chambre. Elle restait ainsi pendant deux ou trois jours. Sa santé, du reste, était parfaite, et ses crises passées, aucun désordre ne régnait dans ses fonctions; elle ne souffrait plus du tout de la tête.

Pendant vingt-cinq ans, madame D... se lassa quelquefois de la médecine, puis reprit de temps en temps du courage, et lui redemanda ses secours. Pendant longtemps on la soumit aux saignées, puis aux médicaments prétendus spécifiques des névralgies, les plus vieux comme les plus nouveaux, aux vésicatoires, emplâtres, purgatifs, à l'électricité, au galvanisme, à l'acupuncture, à l'homœopathie, au magnétisme, etc., etc.; puis elle eut recours au charlatanisme, à l'empirisme... A quoi ne se rattache pas celui qui souffre?

Lorsque je visitai cette dame, qui n'avait point encore perdu tout espoir de guérison, je ne me trouvai pas peu embarrassé pour trouver une médication qui n'eût point encore été expérimentée, ou du moins un remède qui ne ressemblât point à ceux qu'on avait employés. J'appliquai un emplâtre fortement stibié sur toute la partie postérieure de la tête, et, à mon grand étonnement, la névralgie cessa en quelques heures pour ne plus revenir.

Quelle fut ici l'action de cet emplâtre? Nous tâcherons de l'apprécier tout à l'heure.

Obs. II. — Le 1er novembre 1843, je fus appelé chez madame veuve F..., tenant un bureau de tabac à Vaugirard, pour donner à son petit-fils, âgé de 15 ans, les soins que réclamait sa position. Son médecin habituel, en désespérant, venait de lui envoyer par écrit le conseil de ne plus donner au malade qu'une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger, rien de plus. Madame F... comprit bien que son enfant était perdu; mais des gens bien élevés ne laissent pas mourir leurs malades sans l'assistance d'un docteur.

Voici ce que j'ai appris des antécédents de la maladie. Le petit jeune homme, à l'âge de 6 à 7 ans, avait été pris, sans cause connue, de convulsions épileptiques. Les secours de la médecine lui furent administrés aussitôt et pendant longtemps, mais en vain. Il n'eut de soulagement que par la drogue Leroy, qui lui donna deux ans de repos. Il se trouva alors dans les mêmes conditions physiologiques que les autres enfants.

Mais après deux ans, la maladie récidiva sans nouvelle cause appréciable. Les accès devinrent même plus fréquents, plus forts; l'intelligence s'épaissit, le caractère devint fantasque, méchant. Rien ne pouvait arrêter les progrès du mal. Dix-huit médecins cependant, m'a-t-on dit, avaient fait chacun leurs essais; M. le docteur Lélut fut consulté : c'était effrayant pour le dix-neuvième.

Il n'y avait jamais eu de paralysie dans aucun membre; la langue toutefois s'embarrassait de plus en plus depuis longtemps. Le malade ne tombait jamais, à l'heure de ses crises, que sur le front. Aussi le rapportait-on à sa famille toujours la face ensanglantée, et cela huit à dix fois par jour. Il était impossible de le garder à la chambre. On ne saurait dire s'il sentait approcher ses convulsions; car en vérité, depuis longtemps déjà, il était dans un état de brutalité fort voisin de l'idiotisme, qui ne lui permettait pas de rendre compte de ses sensations. Toutes ses fonctions, d'ailleurs, s'étaient toujours exécutées à merveille.

Mais, à ma première visite, je trouvai qu'il n'en était pas ainsi : l'épilepsie s'était bien compliquée. Le malade était couché sur le dos, immobile, les yeux incertains, les membres dans une résolution complète; il ne me reconnut pas, ne répondit rien à mes questions, qu'il ne paraissait pas comprendre; du reste, il ne parlait pas, il ne pouvait plus proférer qu'un grognement inintelligible; depuis quelque temps déjà il ne prononçait plus que le mot *chose;* lorsqu'il voulait parler, il ne trouvait pas

d'autre expression au service de sa volonté. Son pouls était serré, précipité, fiévreux.

Lorsque je me demandais si ce malade n'était pas sous l'influence d'une paralysie générale, je le vis se soulever tout d'une pièce sur son lit, les jambes immobiles toutefois, mais les bras s'écartant et revenant avec la tête, frapper les pieds. Il poussa en même temps un gémissement sourd, comme on fait dans un effort. Sa figure était pourpre, ses lèvres barbouillées d'un peu de salive écumeuse. C'était là sa manière habituelle de tomber. La même force le poussait encore, quoique dans une position qui ne la favorisait en rien, puisqu'il était couché sur le dos. Cette crise, comme toujours, dura quelques minutes seulement. On le ramena sur son oreiller, où il resta de nouveau immobile jusqu'à une nouvelle crise, qui ne tarda pas.

Parfois cependant ses convulsions ne se passaient pas avec autant de calme ; elles le jetaient de temps à autre dans une agitation telle, qu'il fallait un homme robuste pour empêcher qu'il ne se brisât la tête le long des murs.

Je crus voir dans l'état présent du malade une indication à pratiquer une petite saignée, que je fis de suite, mais qui ne produisit rien, ni bien, ni mal. Averti alors que l'on avait prié M. le docteur Lélut de venir voir le pauvre épileptique, et qu'il avait promis, je m'en tins là. Nous attendîmes trois jours, M. Lélut ne vint pas. Je proposai alors les frictions stibiées, que l'on exécuta de suite sur toute la tête. Cinq jours après, l'éruption était parfaite : le malade nous regarda avec étonnement, les crises étaient moins fortes et moins fréquentes, il n'y avait plus qu'une légère tendance à tomber encore en avant, qui se renouvelait deux à trois fois par jour. Le pouls était à peu près normal, le malade commençait à parler, mais bien lentement, et en cherchant ses expressions. Huit jours après le commencement du traitement, il n'y avait plus de crise, la langue était libre ; le malade causait avec moi et me rendait compte de ses sensations ; il se levait, marchait comme autrefois, toutes ses fonctions se faisaient bien ; il était guéri.

Depuis plus de trois ans la santé du jeune F... s'est bien soutenue ; il n'a pas eu la moindre indisposition ; son accroissement s'est fait normalement. Il a appris un état, qu'il exerce comme s'il n'eût jamais été malade.

Obs. III. — Mme L..., place de la Bastille, à Paris, me consulte pour sa demoiselle au mois de février 1844. Cette jeune fille, d'un tempérament qu'on pourrait appeler lymphatique sanguin, était âgée de 14 ans. Son apparence extérieure était forte,

les couleurs du visage très-vives. Depuis trois ans, sans que ses parents pussent attribuer cela à rien de connu, elle était prise subitement et plusieurs fois le jour de petites crises, qui ne lui duraient que deux à trois minutes. Elles se manifestaient ainsi assez souvent sans motif appréciable ; mais quelquefois pourtant, lorsqu'il y avait une émotion, la jeune fille poussait un petit cri et cherchait instinctivement un point d'appui pour ne pas tomber, et de fait elle ne tombait jamais, mais elle restait debout, appuyée, en extase, n'ayant nullement conscience de ce qui se passait autour d'elle. Ses mains étaient toutes couvertes de brûlures qu'elle se faisait avec son fer à repasser sans les ressentir (elle était repasseuse).

Elle n'était point réglée alors. Tous les traitements tendirent à provoquer l'évacuation menstruelle ; elle s'établit fort abondamment et bien régulièrement à l'âge de 15 ans. Mais les crises extatiques furent plus fortes et plus nombreuses que jamais ; elles précédaient et suivaient les menstrues ; rarement elles venaient dans le courant du mois. A cette époque la jeune malade en eut jusqu'à onze par jour, sans qu'aucune médication antihystérique pût les calmer en rien.

A mon tour, je commençai par essayer un peu de tout ce que l'on vante. Les règles étant très-abondantes, la jeune fille forte, pléthorique, se plaignant habituellement de maux de tête, les crises affectant l'époque menstruelle, je crus pouvoir pratiquer une saignée de 4 palettes à peu près ; la malade fut pire. J'eus recours alors à tous les moyens antispasmodiques que j'avais vu recommander et que je pus imaginer, mais je n'obtins rien. Je fis des frictions stibiées sur le bas-ventre ; les crises furent améliorées pour reprendre ensuite leur intensité ; j'en fis faire également sur les lombes, qui produisirent le même effet, puis de chaque côté de la partie inférieure du sternum, un peu sur la naissance des reins et en même temps sur la région occipitale du crâne, et j'obtins la guérison. Cette guérison se soutint au moins pendant six mois, car la jeune fille vint me voir avec sa mère à cette époque. Je lui recommandai expressément de venir me revoir à la première crise qui aurait lieu. Je ne l'ai pas revue depuis. J'aurais donc tout lieu encore de croire que l'hystérie n'a pas reparu.

Obs. IV. — Les faits précédents conduisirent vers moi, au mois de juin 1844, M. C...., rue d'Enghien, à Paris, dont le fils était épileptique. Ce jeune homme, âgé de dix-sept ans, était d'un tempérament lymphatique, pâle, languissant. Il se plaignait assez habituellement de maux de tête. Depuis six ans il

était pris, d'abord tous les cinq à six mois, puis plus souvent, puis enfin tous les mois, de crises convulsives avec perte de connaissance, écume à la bouche. Ces crises lui étaient annoncées quelques minutes avant par un saisissement général et un étourdissement. S'il tombait, c'était sur le côté droit. Chaque crise durait ordinairement un quart d'heure et même une demi-heure, mais il était toujours plusieurs heures à recouvrer parfaitement sa raison, à revenir à son état habituel; encore sentait-il pendant un jour ou deux un brisement général, qui l'avertissait de l'accident qui lui était arrivé, autrement il n'en avait aucunement la mémoire. Son intelligence d'ailleurs était ordinaire, et sa santé, sans être robuste, était assez bonne. Nous avions donc affaire à une épilepsie pure et simple. Inutile de dire que tous les traitements recommandés dans ces sortes d'affections avaient été ponctuellement suivis; il y avait des docteurs parmi les parents du malade. Las de l'ingratitude de la science à leur égard, ils s'étaient même jetés dans les ténèbres de l'empirisme, mais avec aussi peu de succès.

Les frictions stibiées, commencées aussitôt après une convulsion, diminuèrent tellement la crise du mois suivant qu'elle ne dura qu'une minute, encore en retardèrent-elles l'époque ordinaire. Le deuxième, il n'y eut qu'une lueur d'éblouissement à peine perceptible; le jeune homme seul s'en aperçut, quoiqu'il fût avec ses parents en ce moment; c'était l'instantanéité de l'éclair.

Je regrette de ne pouvoir compléter cette observation, le jeune homme, après sa guérison d'épilepsie, ayant été pris d'une fièvre typhoïde, à laquelle il succomba.

OBS. V. — En septembre 1845, je visitai, rue de Vaugirard, à Paris, Mme D..., âgée de 40 ans. Depuis huit ans elle souffrait de maux de tête, de vertiges, d'éblouissements assez tolérables dans le principe, mais qui devinrent ensuite de plus en plus fréquents et intenses. Tous les deux ou trois jours elle était subitement prise de crises convulsives, qui affectaient plutôt le côté droit du corps; la bouche était même un peu déviée de ce côté. Pendant les accès la face devenait toute violette, le cou se gonflait horriblement et faisait craindre une suffocation imminente; il y avait une bave souvent sanguinolente sur les lèvres. Ces accès duraient ordinairement de cinq à dix minutes, puis tout rentrait dans l'ordre, en laissant toutefois un mal de tête plus violent et une plus grande faiblesse dans les membres et dans la vue. Mme D... mangeait peu et avait habituellement une constipation opiniâtre. Elle était maigre, nerveuse, jouissant d'ail-

leurs de la plénitude de son intelligence. Sa mémoire toutefois, depuis quelque temps, diminuait sensiblement et sa parole était lente, un peu embarrassée.

Lorsque je vis cette malade pour la première fois, il y avait six semaines qu'elle ne pouvait plus quitter le lit. Lorsqu'elle voulait le faire, la tête lui tournait, ses jambes fléchissaient, elle se trouvait mal; il lui était même impossible de rester seulement assise sur son lit. Sa vue était devenue trouble, au point d'avoir peine à distinguer les objets. A cette époque, ses accès la prenaient trois à quatre fois par jour, et quelques-uns duraient une demi-heure et plus. De très-honorables confrères avaient soumis cette pauvre malade à tous les traitements les plus rationnels et les plus énergiques, sans aucun succès. Je lui couvris la tête d'un emplâtre stibié, qui la guérit en quelques jours, si bien que tous les symptômes que j'ai énumérés disparurent, et qu'elle put reprendre des travaux qu'elle ne pouvait faire depuis plus de huit ans.

Lorsqu'elle vint me voir au mois de novembre suivant, elle me supplia de supprimer la suppuration que l'emplâtre avait établie à la partie postérieure de la tête. Je refusai nettement, lui prédisant même une rechute terrible si elle se débarrassait si promptement de ce qui l'avait sauvée. Elle ne m'écouta pas, fit sécher sa plaie, et à la fin de décembre, elle était de nouveau malade, avec des symptômes moins effrayants toutefois. Dans les premiers jours de janvier 1846, elle m'envoya chercher. La trouvant trop gravement malade pour attendre l'effet lent des frictions, j'appliquai de suite l'emplâtre stibié, qui n'eut pas le temps de produire le moindre bouton; car la malade mourut presque aussitôt, sans agonie et avec toute sa connaissance.

Obs. VI. — Au mois de janvier 1846, je fus appelé à Neuilly pour mademoiselle M..., âgée de 16 ans, qui était devenue idiote depuis l'âge de 10 ans, époque à laquelle elle montrait une intelligence supérieure. Elle était brune, d'un tempérament sanguin, forte, mangeant et digérant parfaitement, sans aucune trace de paralysie. La menstruation ne s'était pas encore établie, malgré tout ce qu'on avait fait pour cela. Tous les jours elle avait plusieurs convulsions épileptiques, qui se multipliaient davantage aux changements de temps, surtout à l'approche des temps orageux. Les frictions stibiées, fort mal faites et n'ayant produit qu'une plaie de la largeur d'une pièce de 5 francs, diminuèrent les crises d'abord, puis les firent cesser pendant quelque temps, en même temps que la raison paraissait revenir. Mais tout cela n'eut point de suite; le traitement fut négligé,

Ne pouvant le faire reprendre, tant était apathique la personne chargée de ce soin, je cessai mes visites en regrettant de perdre peut-être ainsi le plus beau cas en faveur des frictions.

Obs. VII. — Au mois de décembre 1845, je soignai rue Sainte-Placide, faubourg Saint-Germain, madame R..., petite femme, maigre, nerveuse, bien portante ordinairement, qui avait contracté, depuis plusieurs mois qu'elle avait fait une fausse couche, un mal de tête plus tenace que violent. La maladie cependant prenait un caractère grave. Tous les jours à peu près, madame R... avait depuis quinze jours des crises avec tous les symptômes épileptiques, qui résistaient aux traitements ordinaires. Je fis faire des frictions stibiées sur toute la partie postérieure de la tête, et aussitôt que l'éruption fut faite, c'est-à-dire après deux jours de frictions, la malade se trouva complétement guérie de ses convulsions épileptiques et de son mal de tête.

Obs. VIII. — Au mois de juin 1846, je fus consulté par M. P... (de Melun). C'était un homme sanguin, robuste, fortement musclé, âgé de 32 ans. Il éprouva pour la première fois et sans cause connue, à l'âge de 17 ans, des convulsions épileptiques qui le prenaient très-souvent, qui vinrent même à se reproduire deux et trois fois par jour. Je ne décrirai pas les symptômes, qui ne présentèrent rien d'extraordinaire. Je le fis frictionner avec la pommade stibiée, additionnée d'extrait de belladone. Il éprouva de suite une surexcitation telle qu'il parut fou, me dirent ses parents, pendant quelques heures, probablement par l'absorption de la belladone; mais il n'y eut pas d'éruption. Les crises cependant cessèrent pendant huit jours. Après ce temps, nous reprîmes les frictions simples, qui produisirent une forte éruption, et amoindrirent les convulsions en diminuant leur fréquence. On continua les frictions pendant six semaines, puis on les cessa, puis on les reprit; mais nous n'obtînmes pas une guérison complète. Seulement les crises, au lieu de se reproduire deux et trois fois le jour, ne venaient que deux fois à peu près par quinzaine. Depuis longtemps je n'ai point eu de nouvelles de ce malade, dont je n'ai jamais d'ailleurs surveillé le traitement; je m'en rapportais entièrement à la famille. Peut-être l'a-t-on mal exécuté.

Obs. IX. — J.-B. Der... (de Melun), comme le précédent, fut pris, à l'âge de 5 ans 1/2, sans cause appréciable, de petites convulsions à peu près insensibles, avec une salive mousseuse à peine visible entre ses lèvres. Douze et quinze fois par jour, il perdait subitement connaissance pendant quelques minutes, et se laissait

tomber, en s'affaissant, à terre où il restait, faisant à peine quelques mouvements jusqu'à ce qu'il revînt à lui.

Lorsque je le vis, il avait 6 ans 1/2. C'était un enfant de bonne mine, d'une intelligence ordinaire, se portant bien. Il avait subi plusieurs traitements sans aucun succès.

Le 8 août 1846, on commença à frictionner sa tête, sur laquelle il ne se développa qu'une centaine de boutons miliaires qui ne produisirent aucune amélioration, et ne diminuèrent pas ses crises d'une seule.

Le 24, je fis faire les frictions plus soigneusement. Dès le 25, l'éruption était fort belle; aussi n'y eut-il que quelques crises.

Le 27, il n'y en eut pas, et elles ne reparurent pas depuis. Ce qui était d'autant plus heureux qu'il n'avait jamais été un seul jour sans en éprouver et en très-grand nombre.

Je ne parlerai pas de plusieurs autres essais qui n'ont pas eu de suites. L'un d'eux cependant fut soutenu pendant deux mois. C'était chez un homme de 30 ans, aux membres athlétiques, qui avait déjà passé plusieurs années à Bicêtre, non point pour épilepsie, mais parce que tous les mois il était pris, pendant quatre jours d'accès furieux, qu'il sentait venir et qui d'ailleurs le prenaient toujours à temps fixe, de manière qu'on l'enchaînait avant; sans cela il eût été impossible de le maintenir. Cette crise passée, il travaillait comme s'il n'eût jamais été malade. Pendant les frictions stibiées, il n'eut le premier mois qu'un jour de mauvais; il en eut deux malheureusement le second. Aussi ne voulut-on plus continuer. Le fait est que les frictions avaient toujours été fort mal pratiquées.

Deux questions se présentent tout naturellement à la suite de ces observations : Comment les frictions stibiées ont-elles agi? Sont-elles aussi recommandables dans tous les genres d'épilepsie?

En examinant tous les moyens curatifs recommandés contre l'épilepsie, on ne peut s'empêcher de s'étonner de leur variété. Toute la matière médicale a été à peu près mise à contribution: on a même été chercher du secours ailleurs encore, dans les émotions vives, la peur, la surprise, la joie, etc., et chaque moyen a eu son succès.

Quoique tout le monde ait cherché là un spécifique, il est hors de doute que personne ne s'imagine l'avoir trouvé. Des médicaments si divers, si dissonants, ne peuvent renfermer le principe spécifique que l'on voulait trouver contre l'épilepsie. Mais comme ils ont parfois réussi, il est bien évident qu'il y a en eux quelque chose de bon, une raison curative que l'on doit pouvoir extraire d'eux, moralement du moins, comme on a extrait physiquement

l'iode de l'éponge marine, le sulfate de quinine du quinquina. Et cette raison, je crois, moi, que c'est la révulsion, la révulsion pratiquée sur un organe sain au profit de l'organe malade. Ainsi sont le nitrate d'argent qui a donné plus de gastrites révulsives qu'il n'a guéri d'épileptiques, le sulfate de quinine qui, outre son mode irritant qui lui est commun avec le nitrate d'argent, a probablement guéri plusieurs épilepsies, comme il m'est arrivé un jour à moi d'en guérir une. Une jeune fille me consulte un jour ; ses accès épileptiques étaient intermittents; je lui administre 20 pilules de sulfate de quinine. Elle guérit parfaitement; mais j'appris alors qu'elle en avait pris déjà bien des fois. Le tout était donc alors d'arriver à temps.

Eh bien! je crois que les frictions stibiées n'agissent pas autrement, que seulement elles développent une révulsion plus énergique, mieux placée et plus appropriée au mal. Je le crois d'autant mieux que les malades qui ont le plus de chance de guérir sont ceux chez lesquels la suppuration s'établit le mieux, et j'ai remarqué également que l'absorption de l'émétique, qui se manifeste par l'éruption cutanée, ne suffit pas; il faut une bonne suppuration pour obtenir la guérison complète. J'ai vu même une fois un malade rechuter en arrêtant trop tôt la suppuration de sa tête. Si d'ailleurs l'émétique, ainsi administré, a en lui un principe spécifique neutralisant le principe épileptique, il faut convenir que nos connaissances actuelles ne sont point encore en état de prouver cela. Je laisse donc à l'avenir le soin de prouver qu'il n'y a point là un fait de révulsion.

Mais cette révulsion doit-elle réussir dans tous les genres d'épilepsie? J'avouerai franchement ici que je n'en sais rien ; mes observations n'ont pas encore été assez généralisées ; ce n'est pas dans une clientèle privée que l'on trouve assez de sujets d'épilepsie pour résoudre toutes les questions qui se présentent. J'ai cité toutes les observations que j'ai suivies; je ne peux conclure que d'après elles; chacun le pourra faire comme moi. Je dirai toutefois que le succès m'a paru plus complet, plus prompt dans ce genre d'épilepsie où les crises sont peu convulsives, les accès de peu de durée. Ce ne serait pas sans défiance que j'aurais à essayer ce traitement chez un sujet dont les crises se manifesteraient par de grandes convulsions, une face vultueuse et la déjection de flots d'écume, tout cela se continuant pendant plusieurs heures. Après tout, ce n'est qu'une crainte que j'exprime là ; car n'ayant expérimenté qu'une seule fois chez un semblable sujet, comme dans l'obs. VIII, je n'ai rien de plus à dire ; et pourtant j'ai peut-être encore tort de désespérer, après avoir vu le sujet

de la seconde observation. Il est difficile de trouver une épilepsie plus effrayante, plus forte, plus avancée et qui aurait désorganisé davantage le cerveau. Vienne d'ailleurs l'occasion, je pourrai alors, après des essais plus nombreux, établir un raisonnement plus large et plus certain; je ne tiens aujourd'hui qu'à citer mes faits, me réservant plus tard d'en déduire toutes les conséquences et d'en établir tous les principes qui ne sont encore qu'ébauchés dans mon esprit.

Voici maintenant comment je pratique les frictions stibiées, S'il n'y a pas de maladies qui empêchent de commencer le traitement, je fais raser la tête, ou entièrement ou partiellement. Si, d'après les symptômes des crises épileptiques, je peux juger que c'est plutôt telle portion du cerveau que telle autre qui est affectée, c'est là que j'applique la révulsion. Voici pourquoi je crois qu'il est prudent d'agir de la sorte. En frictionnant la tête entière, on serait sûr d'atteindre l'endroit malade; mais aussi on aurait plus de chance de produire une méningite. Ceux qui ont vu l'éruption que ces frictions produisent, quand elles sont faites sur la totalité de la tête, doivent savoir quelle horrible fluxion elle apporte là; tandis que les frictions partielles ont moins souvent cet inconvénient, et que bien surveillées, elles n'ont aucun mauvais effet. Lors donc qu'il y a incertitude sur le lieu de l'origine du mal et que l'on se voit dans la nécessité d'arriver à une éruption générale, il est toujours bon de frictionner partiellement, de manière à atteindre toute la surface du cuir, et de chercher en plusieurs fois au fur et à mesure que l'éruption partielle est faite.

Par tous ces motifs, je me garderai bien d'employer souvent l'emplâtre stibié. Il a quelque chose de plus énergique, de plus promptement révulsif, cela est vrai, mais il est plus douloureux et plus effrayant, et je ne l'emploierai que lorsque j'aurai besoin d'agir vivement et immédiatement.

Il est inutile de recommander une surveillance active pour être à même d'enrayer aussitôt qu'il se présenterait le plus mince symptôme de méningite.

Lorsque l'éruption ne se fait pas bien, soit que l'on néglige les frictions, soit que la peau soit peu inflammable au contact du tartre stibié, la guérison est fort incertaine. On voit quelquefois alors la tête se couvrir de croûtes sèches, noires, comme calcinées, ne donnant aucune suppuration. Les frictions semblent caustiques, occasionnent beaucoup de douleurs, de la fièvre et rien de plus. Je modifie alors la composition de la pommade, soit avec un excédant d'axonge, soit en ajoutant un calmant correctif.

La suppuration, au contraire, est ordinairement suivie d'une

amélioration sensible; mais il y a quelques précautions à prendre dans les directions à lui imprimer. Si le sujet est fort, pléthorique, plein de vigueur, et si la maladie est ancienne et tenace, on doit entretenir la suppuration aussi longtemps qu'on ne voit pas qu'elle épuise le malade; mais chez les sujets faibles, lymphatiques, presque scrofuleux, chétifs, chez les enfants surtout, il est prudent de se tenir toujours au guet. Aussitôt qu'on remarque de la faiblesse et de l'épuisement, on doit l'arrêter sans retard, quitte à recommencer plus tard. Un pareil exutoire finirait par devenir aussi dangereux qu'une plaie profonde chez des sujets cacochymes.

Je n'ai rencontré encore qu'un seul cas d'hystérie, que j'ai cité, que j'aie pu soumettre aux frictions. Je me promets de poursuivre mes expérimentations de ce côté, et j'espère que j'en éprouverai aussi du bien.

Je ne puis résister, avant de terminer cette note, au désir de citer une dernière observation, qui est bien loin d'être complète, puisque le sujet est en traitement, mais qui promet beaucoup.

Obs. X. — M... est un enfant de 10 ans, petit, très-brun, d'un caractère timide et peu ouvert. Il prétend avoir eu une grande peur il y a quinze mois, et depuis ce temps effectivement, il lui prend régulièrement tous les jours quatre ou cinq crises épileptiques. Il s'affaisse tout d'un coup sur lui-même et se laisse tomber à terre, où il reste sans connaissance quelques minutes seulement. Sa face alors est violacée; ses paupières et différents muscles du visage sont convulsifs; un râle se produit dans la gorge, mais sans écume sur les lèvres. Un peu de salive seulement y arrive à la fin de la crise. Chaque crise ne dure que quatre à cinq minutes, rarement plus; mais il reste ensuite un quart d'heure à peu près comme hébété. L'enfant a subi différents traitements depuis le commencement de la maladie; il a habité deux maisons de santé, où il a été soumis à la médication révulsive par les sétons à la nuque, les vésicatoires, les bains russes, sans compter tous les médicaments qu'il a pris à l'intérieur. L'acétate de morphine en frictions sur les gencives lui a donné quatre jours de soulagement.

Les frictions stibiées, commencées le 27 mars dernier, ont donné quelques boutons le 28, et il y a eu trois accès ce jour-là, une forte fièvre, beaucoup d'agitation. Le 29, mêmes crises, même état. Le 30, agitation violente, trois crises. Le 31, commencement de suppuration, pas de crise, peu de fièvre. Le 1er avril, un peu d'agitation, une crise le matin. La suppuration s'établit parfaitement dès ce jour, et il n'y a pas eu de crises depuis. Il y a cependant un peu de fièvre aujourd'hui 8 avril; mais il faut

dire aussi que, depuis hier, il s'est manifesté sur tout le corps une éruption de boutons et de plaques rouges très-intenses. Je ne vois dans cette éruption rien qui ressemble à l'éruption stibiée. Maintenant j'attends la suite; mais l'état de l'enfant est si bon, que j'espère une guérison certaine.

Superfétation : deux enfants vivants, l'un de sept mois, l'autre à terme; par M. le docteur Windriff.

(Journal des Connaissances médico-chirurg., décembre 1847.)

Obs. — Augustine N..., 33 ans, grande, nerveuse, mariée depuis quelques mois à un cultivateur robuste, vint, à la fin de janvier 1846, se plaindre de malaise, d'inappétence, de vomissements fréquents et de douleurs névralgiques dans le côté gauche de la tête; les règles avaient un peu diminué aux deux dernières époques. Il n'y avait pas eu de fièvre et un léger enduit jaunâtre salissait la langue. Un purgatif fit justice de l'état saburral, mais non des vomissements ni de la névralgie; puis l'époque de février manqua tout à fait. Le 20 juin, elle dit que les symptômes de grossesse avaient continué, surtout les vomissements, qu'elle sentait remuer depuis deux mois; elle avait la face un peu amaigrie, les jambes, la vulve et le ventre fortement infiltrés; elle était courbaturée et éprouvait, contrairement à ses habitudes, une grande répugnance au mouvement. Je fis une saignée de 400 grammes, et n'hésitai pas à placer le début de la grossesse aux premiers jours de décembre, époque où avaient apparu la névralgie et une diminution du flux menstruel. Cette femme resta infiltrée et maladive. Le 14 et le 15 août, elle ressentit quelques douleurs passagères dans les reins; le 16, après midi, celles-ci prirent plus d'intensité, et lorsque, vers deux heures, j'arrivai près de la femme, elles revenaient environ toutes les vingt minutes; le col utérin était dilaté à la largeur d'un centime, et je sentis au-dessus une tumeur que je crus être la tête, ce que je ne pus préciser à cause de son élévation. Les douleurs continuèrent; vers minuit, la poche des eaux, apparaissant à la vulve, fut rompue et laissa sentir la tête en position occipito-iliaque antérieure gauche; douleurs fréquentes, quoique peu soutenues; la tête, qui était mobile dans l'excavation, n'arriva pourtant qu'à trois heures du matin. L'abdomen resta développé à droite; je sentis l'utérus contracté, d'un volume moindre que

s'il eût renfermé un autre fœtus, et trop grand pourtant pour ne contenir qu'un arrière-faix seul. Le cordon coupé ne saignait plus : le toucher me fit reconnaître une nouvelle poche d'eaux, qu'une douleur survenue en ce moment me permit de rompre. Je trouvai un corps oblong, mou, avec quelques saillies osseuses profondes, mais son exiguité ne me permit pas de le diagnostiquer. J'introduisis la main et je m'assurai de la présence d'une colonne vertébrale au-dessus de la tumeur que j'avais sentie d'abord, et qui n'était autre que le siége. Il y avait donc présentation cocci-iliaque droite d'un enfant très-petit. Un doigt, placé en crochet dans l'aine postérieure, amena facilement ce second enfant vivant. Environ vingt minutes après, l'arrière-faix tomba sans douleurs ni tractions. Je fis remettre au lit la femme, qui était excessivement fatiguée. (Repos absolu, boissons, diète.)

L'aîné des enfants était une fille longue de 47 centimètres et pesant environ 2,500 grammes ; tout dans sa conformation annonçait un enfant à terme. L'autre était un garçon de 36 centimètres de longueur : le milieu du corps tombait à 1 centimètre de l'ombilic, et la circonférence de la tête ou diamètre occipito-frontal ne mesurait que 24 centimètres ; il pesait 1,500 grammes (les poids ne sont qu'approximatifs, une idée superstitieuse des parents ne m'ayant pas permis d'employer la balance). Le développement des cheveux et des ongles, la coloration rougeâtre de la peau lui donnaient à peine l'aspect de sept mois de vie intra-utérine.

L'arrière-faix était composé de deux pièces distinctes qui paraissaient simplement accolées, et qui formaient chacune un arrière-faix distinct et complet. Les membranes se séparèrent avec facilité ainsi que les gâteaux placentaires, qui ne tenaient l'un à l'autre que par quelques capillaires. L'un avait 25 centimètres de diamètre, l'autre 17.

Quoique ce fût un premier accouchement, la mère eut des tranchées très-fortes qui duraient encore à six heures du soir ; vers midi, elle avait eu une syncope, à la suite de laquelle elle avait expulsé quelques caillots ; lochies abondantes. (Repos, eau panée coupée avec un peu de lait.) Les deux enfants furent portés le soir à l'église du village, éloignée de 5 kilomètres ; on les nourrit à l'eau d'orge miellée et coupée d'un tiers de lait.

Le 19, la mère était bien et elle s'était rapidement remise ; l'aîné des enfants prenait le sein ; le petit a refusé obstinément et n'a pris que quelques cuillerées d'eau sucrée. Le 22, il a été affaibli et il est mort la nuit du 27 au 28. Au commencement de

septembre, la mère ressentit une légère atteinte d'un flux intestinal épidémique dont elle se remit promptement.

La superfétation, signalée par les auteurs les plus anciens, mise en doute par des praticiens recommandables, est aujourd'hui un fait admis; toutefois les observations ne sont pas encore bien nombreuses, et dans les recherches que j'ai faites à ce sujet, je n'ai rencontré que cinq observations authentiques et détaillées qui se rapprochent de celle que j'ai l'honneur de vous adresser: dans ce nombre, deux appartiennent à la médecine vétérinaire, et l'anomalie n'a été reconnue qu'à l'autopsie. Ils sont assez connus pour que je me contente de les indiquer. Le premier est celui du docteur Watherhouse; il y est question d'une génisse morte dans le marasme, après avoir présenté deux fois, à un an d'intervalle, des signes de parturition sans résultat. On trouva un veau ayant les cornes, les ongles et les poils beaucoup plus développés qu'à l'époque de la naissance et un autre de grandeur et de force naturelles. Le second, cité par M. Hurtrel d'Arboval, concerne une brebis qui, ayant présenté deux fois, à un an d'intervalle, les mêmes symptômes sans résultat, portait un agneau dans chaque corne. Des autres cas, l'un se trouve dans les éphémérides de Montpellier, année 1828: l'utérus bilobé expulsa d'abord un fœtus de cinq mois, puis un autre de trois, et finalement deux placentas distincts; le second, extrait du *Rust's magazin*, et publié dans le *Journal des progrès*, t. VII, année 1828, présente un enfant à terme et vivant, et un autre de quatre mois, venu avec ses enveloppes treize heures après le premier.

Dans l'observation présente, la naissance des deux enfants vivants est, je crois, un fait unique dans les annales de la science.

Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus; par M. le docteur Filhos.

(Suite et fin : *voir* t. IV, octobre 1847, p. 185; novembre, p. 277; décembre, p. 386.)

(Revue médicale française et étrangère; septembre 1847.)

Engorgement simple du col de l'utérus; traitement émollient et dépuratif. — Madame S..., âgée de 43 ans, est sujette à des corizas et des bronchites fréquents; le système lymphatique est très-développé chez elle. Réglée à seize ans, elle a été mariée à dix-sept. Cette dame a eu sept grossesses, dont trois se sont terminées par de fausses couches. Depuis la dernière, qui date de cinq ans à peu près, elle éprouve dans le bas-ventre des malaises, des pe-

santeurs, de la chaleur et parfois même de la douleur ; la matrice est, dit-elle, de temps en temps le siége de petits frémissements.

Il y a près d'un mois, à la suite d'une grande fatigue, tous les symptômes se sont aggravés ; les flueurs blanches, qui existaient déjà, sont devenues plus abondantes ; enfin les règles dernières ont duré six jours de plus que d'habitude et ont été suivies d'une perte de sang assez considérable.

Le col de l'utérus, observé au spéculum, présente une rougeur violacée très-foncée ; il est très-volumineux, et la membrane muqueuse est le siége d'un grand nombre de petits points rouges. La pression ne détermine sur cet organe aucune douleur ; il est dur au toucher. L'engorgement occupe beaucoup plus la lèvre postérieure que l'antérieure. L'extrémité supérieure du vagin est légèrement enflammée. La malade n'a pas de fièvre ; elle jouit d'ailleurs d'une assez bonne santé.

Le 28 avril 1842, je prescrivis des boissons adoucissantes et un régime doux et peu substantiel ; de plus, trois grands bains par semaine, deux bains de siége par jour, des injections émollientes et des cataplasmes de farine de riz dans le vagin.

Le 14 du mois de mai, la malade allait beaucoup mieux. — Les cataplasmes internes furent suspendus, et les injections rendues graduellement de plus en plus astringentes.

Le 1er juin, le mieux se soutenait, mais le dégorgement du col était lent. — Un cautère fut appliqué à la cuisse et l'on continua les injections astringentes ; il fut de plus prescrit une tisane amère, quelques purgatifs de temps en temps, des frictions sur le bas-ventre avec la pommade à l'iodure de potassium, et une nourriture substantielle.

A la fin de juillet, madame S... était entièrement guérie ; elle n'éprouvait plus de douleur, l'écoulement avait entièrement disparu, et le col de l'utérus était souple, de couleur naturelle et revenu à l'état normal.

— Cette observation est simple et ne présente partant rien de bien particulier. Elle mérite cependant d'être rapportée. La constitution de la malade, la fréquence des corizas et des bronchites, et surtout les petits points rouges, observés sur le museau de tanche, pouvaient faire craindre que l'inflammation utérine ne tînt à quelque affection herpétique, à quelque principe humorique général, et que cette circonstance ne pût rendre la guérison un peu longue et même difficile à obtenir. Il n'en a pas été ainsi, quoique cette inflammation fût déjà ancienne et même accompagnée d'un engorgement assez considérable. Le traitement local émollient et astringent, joint à un régime basé d'après les indi-

cations générales et aidé de l'application d'un cautère et de l'usage des frictions iodurées, en est facilement venu à bout.

Engorgement du col de l'utérus, avec granulations et excoriations de la membrane muqueuse; traitement antiphlogistique. — Madame M..., couturière, âgée de 30 ans, d'une belle constitution, avait été réglée à 14 ans; depuis cette époque, ses règles étaient toujours revenues d'une manière régulière, mais constamment accompagnées de vives coliques. A 25 ans, elle devint enceinte. Sa grossesse fut heureuse, mais l'accouchement fut un peu long et les couches mal soignées; elle était à peine convalescente qu'elle fit un voyage de deux lieues qui la fatigua beaucoup et donna lieu à une perte peu abondante, mais dont la durée fut de près de trois mois. Les règles reparurent ensuite comme de coutume. Depuis cette époque, madame M... n'a pas cessé de souffrir de la matrice, sa santé s'est altérée sensiblement et elle est restée incommodée d'un écoulement assez abondant, tantôt blanc, tantôt jaune, mais jamais coloré en rouge. Le début de la maladie s'annonça par de simples malaises et des lassitudes; plus tard il survint des douleurs abdominales que le moindre travail augmentait, des tiraillements dans les aines, des chaleurs dans le rectum et dans les reins, des pesanteurs sur le siége, et aussi quelquefois des douleurs dans les seins. Pendant la marche et même dans la station verticale, les douleurs utérines augmentaient beaucoup et se propageaient dans le flanc droit et dans la hanche du même côté. Enfin, depuis quelque temps, la matrice est devenue le siége d'élancements très-douloureux.

Tous ces symptômes maladifs existent encore aujourd'hui. La santé de madame M... s'altère de plus en plus; sa face amaigrie est un peu jaune; elle a de la fièvre et de la chaleur à la peau. Cependant les nuits sont bonnes; l'appétit est naturel et les digestions faciles. Les règles reviennent toujours d'une manière régulière. La malade a eu pendant longtemps de violents chagrins; elle n'a jamais été atteinte de maladie syphilitique. — La matrice occupe sa position naturelle, elle est unie et un peu volumineuse. Le col est très-gros, dur et sans douleur; la lèvre postérieure du museau de tanche a un pouce d'épaisseur, l'antérieure en a un peu moins. Toute sa surface est d'un rouge vif, superficiellement excoriée et recouverte de granulations de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le 18 novembre 1841, je prescrivis de la tisane d'orge, 12 sangsues sur le col, deux bains par semaine, des irrigations d'eau de guimauve presque froide, des lavements émollients, une nourriture douce et peu abondante, et le repos.

Le 15 décembre, les sangsues avaient bien coulé; les règles étaient venues six jours après la saignée locale et avec moins d'abondance que d'habitude. La malade se sentait moins gonflée, moins irritée. — Nouvelle application de 15 sangsues.

Le 8 janvier 1842, le col de l'utérus est beaucoup moins engorgé et beaucoup moins rouge; les granulations se sont bien affaissées et les plus extérieures ont disparu; l'écoulement est bien moindre; tous les symptômes maladifs dont se plaignait la malade n'existent plus. — Continuation du même traitement, plus 25 sangsues sur la région hypogastrique.

Le 25 janvier, les excoriations sont guéries; les granulations sont à peine sensibles et la phlegmasie se circonscrit de plus en plus. — Injections avec une solution de sulfate d'alumine.

Le 10 février, le col de l'utérus a son aspect normal; cependant le pourtour du museau de tanche est encore un peu rouge. — Continuer les injections astringentes.

Dans les premiers jours de mars, madame M..., n'éprouvant plus de douleur, quitta Paris où elle était venue exprès pour se faire soigner. Au mois de juin, elle revint me voir; sa santé était parfaite et le col de l'utérus à l'état normal.

Engorgement inflammatoire avec granulations du col de l'utérus; traitement antiphlogistique. — Madame R..., cuisinière, âgée de 39 ans, est d'une constitution brune et sanguine. Elle a toujours eu une bonne santé et n'a jamais éprouvé d'état maladif du côté de la matrice, pas même de flueurs blanches. Elle a eu deux enfants : le dernier est âgé de cinq ans. Quoique son dernier accouchement ait nécessité l'application du forceps, les suites des couches ont été heureuses.

Depuis deux ans et demi, cette malade rend par le vagin des glaires et des flueurs blanches qui ne l'ont d'abord que médiocrement inquiétée, et contre lesquelles elle n'a fait, tant bien que mal, que quelques injections émollientes. Cependant les approches de son mari ont commencé à devenir douloureuses, et plus tard elles ont produit dans la matrice un battement semblable, dit-elle, à celui que ferait éprouver un mal d'aventure.

Vers la fin du mois de septembre 1846, il lui survint dans l'aine gauche des douleurs qui s'accompagnaient parfois de l'engourdissement de tout le membre du même côté. Enfin, depuis deux mois, des malaises se sont déclarés dans le bas-ventre, ainsi que des pesanteurs sur le siége et des douleurs permanentes dans la matrice et dans les reins.

Le pouls est plein, mais sans fièvre; l'appétit est bon et les

digestions faciles, quoique la langue soit rouge et pointillée ; les selles sont un peu difficiles.

Le toucher ne permet de reconnaître qu'un léger engorgement du col de l'utérus.

L'emploi du spéculum nous fait apercevoir sur le museau de tanche une rougeur légèrement foncée, avec enlèvement de l'épithélium et développement de granulations du volume d'une grosse tête d'épingle. Cet état maladif se prolonge dans la cavité du col.

Au-dessus du museau de tanche, le col de l'utérus et toute l'étendue du vagin sont sains.

Il fut reconnu que Madame R.... se trouvait atteinte de granulations du col de l'utérus passées à l'état chronique.

Le 24 février 1847, M. Amussat et moi donnâmes des soins à cette malade. Il lui fut prescrit de la tisane d'orge, 25 sangsues sur la région hypogastrique, un bain tous les trois jours, trois irrigations d'eau de guimauve par jour, la suspension de ses occupations, des lavements émollients ; pour nourriture, des aliments légers, de facile digestion, pris en quantité modérée.

Le 8 mars, le col de l'utérus présente une légère amélioration. L'approche des règles nous empêche de renouveler l'application des sangsues.

Le 10, les douleurs qu'éprouvait la malade sont moins vives ; l'écoulement est moins abondant, et la rougeur du col de l'utérus moins foncée, plus pâle ; — 25 sangsues sont de nouveau conseillées à la même place que les premières.

Le 29, l'amélioration continue ; les granulations s'affaissent ; l'épithélium reparaît, se reforme sur le museau de tanche ; la rougeur se dissipe. — La malade continue exactement la même prescription, excepté les sangsues.

Le 5 avril, le mieux se soutient ; cependant, comme il existe encore de la rougeur au col, on ordonne 25 sangsues qui coulent beaucoup.

Le 15, il ne reste plus qu'une très-faible rougeur sur le col, que l'on combat successivement par des irrigations avec de l'eau blanche, de l'eau alumineuse et une infusion de feuilles de noyer.

Le 3 mai, la malade était guérie ; je l'ai revue le 5 juin, la guérison se soutenait toujours.

— J'ai placé, dans le travail que j'ai publié sur la cautérisation du col de l'utérus, une observation remarquable de granulations que je m'étais efforcé de vaincre par l'emploi soutenu des antiphlogistiques et des astringents. Comme on l'a vu, je fus obligé de

céder, et d'avoir recours à l'emploi des caustiques qui guérirent d'autant plus promptement la malade, que l'inflammation avait été combattue avec plus de soin. Cette observation venait donc à l'appui de l'opinion, que les granulations du col de l'utérus ne guérissent que par la cautérisation.

Les deux observations, que je rapporte aujourd'hui et que je pourrais faire suivre d'un grand nombre d'autres, viennent modifier bien profondément une telle manière de voir, puisqu'elles nous portent à n'avoir recours aux caustiques qu'après l'emploi et l'insuccès de la médication antiphlogistique et astringente.

Nous trouvons, dans ces deux observations, que le col de l'utérus était le siége de granulations anciennes, d'excoriations et d'un léger engorgement. Notre premier mouvement, d'après les idées reçues, eût pu nous porter à combattre de prime-abord un pareil état maladif par la cautérisation, sans aller perdre du temps à prescrire une autre médication ; mais nous voulûmes rester fidèle à nos principes, et n'avoir recours à un pareil moyen qu'après y avoir été amené par la voie de la déduction thérapeutique. Les résultats sont venus justifier notre conduite et nous montrer combien il eût été fâcheux de pratiquer la cautérisation, pour des accidents inflammatoires qui ont cédé à l'emploi pur et simple d'un traitement médical.

Engorgement avec ulcération du col de l'utérus ; traitement antiphlogistique. — Madame C..., blonde, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, a toujours joui d'une bonne santé. Réglée de très-bonne heure, elle n'a jamais cessé de l'être d'une manière régulière. Mariée à 25 ans, elle devint de suite enceinte. Sa grossesse fut heureuse et l'accouchement facile. Le dixième jour de ses couches, se croyant assez bien rétablie, elle fut à Versailles où elle se fatigua beaucoup. A son retour, elle éprouva de la pesanteur et du malaise dans la région de la matrice.

Deux ans plus tard, à ces malaises qui n'avaient pas cessé de se faire sentir, vinrent se joindre de temps en temps quelques douleurs utérines qui alternaient avec de violentes coliques d'estomac. Le ventre acquérait quelquefois, sans cause connue, un volume considérable. Enfin, depuis deux mois, les douleurs de la matrice sont devenues plus vives et presque continues. Elles s'accompagnent de pesanteur dans le bas-ventre, de chaleur et de douleurs au bas des reins, de douleurs dans le côté droit du ventre et à la cuisse du même côté. Des flueurs blanches sont survenues depuis quelque temps ; et la plus petite course est si pénible, qu'elle va quelquefois jusqu'à déterminer une syncope.

Madame C..., après s'y être longtemps refusée, consent enfin à se laisser visiter. Le col de la matrice est très-engorgé, violacé, dur au toucher; la lèvre postérieure est ulcérée, et l'ulcération est un peu irrégulière et d'un fond grisâtre. Je prescris 15 sangsues sur le col de l'utérus, des injections d'eau de guimauve froide, des bains, enfin le repos au lit ou sur un canapé et un régime convenable.

Huit jours plus tard, l'amélioration était sensible ; l'ulcération avait un meilleur aspect, elle était moins grisâtre; des bourgeons charnus paraissaient vouloir se développer à sa surface. Une nouvelle application de 15 sangsues eut lieu, et madame C... continua l'emploi des divers moyens déjà prescrits.

La dernière saignée locale, un peu plus abondante que la première, produisit les meilleurs résultats. Le mieux qui s'était manifesté continua à se soutenir. L'ulcération, examinée de temps en temps, se rétrécit peu à peu et marcha, d'une manière régulière et sans accidents, vers la cicatrisation qui fut complète au bout de deux mois.

— Les ulcérations utérines sont, pour quelques médecins, le signe d'une grave altération ; aussi, dès que le spéculum en a fait constater l'existence, ils se hâtent de proposer la cautérisation pour en arrêter le progrès. L'observation qui précède vient nous démontrer que de pareils conseils sont essentiellement erronés. Ce n'est pas que dans ce cas-ci, comme dans beaucoup d'autres analogues, la cautérisation eût pu compromettre la vie de la malade ; mais il est certainement bien évident que le moindre de ses inconvénients eût été de retarder la guérison. Qu'il reste donc établi qu'on ne doit jamais recourir à l'usage des caustiques, qu'après que la médication, qui doit en précéder l'emploi, a échoué.

Engorgement avec ulcération du col de l'utérus. — Mauvais effet des cautérisations. — Traitement antiphlogistique. — Madame R... est âgée de 28 ans ; sa constitution est lymphatico-sanguine ; ses règles se sont toujours montrées d'une manière régulière. Depuis trois ans elle éprouve des douleurs dans le ventre et dans la matrice. Soignée d'abord à Amiens, il lui fut prescrit un pessaire qu'elle porta près de trois mois ; une assez grande perte de sang et l'aggravation de ses souffrances l'obligèrent à en suspendre l'usage. Le col de l'utérus était très-gros. La malade avait pris des bains simples et, plus tard, des ferrugineux ; elle fut aussi cautérisée quatre à cinq fois.

N'éprouvant aucune amélioration dans sa santé, la malade se décida à venir se faire traiter à Paris. Dès son arrivée dans

cette ville, elle entra à l'hôpital de la Charité. Elle y fut cautérisée plusieurs fois.

Sortie de cet hôpital sans être guérie, elle prit, d'après l'ordonnance d'un médecin, un grand nombre de purgations qui n'eurent d'autre effet, dit-elle, que de développer des douleurs assez vives dans le ventre et dans la poitrine.

Plus tard, à l'hôpital Beaujon, on lui prescrivit des cataplasmes dans le vagin avec la fécule de pommes de terre, et ensuite un emplâtre stibié sur le bas-ventre ; le tout sans succès.

Retournée chez elle, elle fut successivement soignée par plusieurs médecins distingués. Le premier répéta l'emploi de cautérisations et lui fit prendre des bains gélatineux, et ensuite des bains et des injections avec une décoction d'écorce de chêne. Cette médication augmenta ses souffrances.

Le second médecin crut devoir continuer les cautérisations ; il fit de plus introduire de la poudre d'amidon dans le vagin, et il prescrivit de temps en temps quelques légers purgatifs. Ce traitement, continué près d'un an, ne produisit aucune amélioration.

Un troisième médecin ordonna des injections d'eau de guimauve et lui fit insuffler pendant six semaines de la poudre d'alun sur le col de l'utérus.

Un quatrième médecin répéta sans succès la cautérisation, et enfin un cinquième lui fit appliquer d'abord des ventouses sèches sur le bas-ventre et dans le bas des reins, puis un vésicatoire dans l'aine droite où elle éprouvait une forte douleur; et il lui prescrivit encore un très-grand nombre de bains.

Aujourd'hui la malade éprouve des pesanteurs sur le siége ; des tiraillements, des douleurs et de la chaleur dans les reins ; de la douleur dans l'aine droite, et de la douleur avec quelques élancements dans le bas-ventre, du côté droit. L'écoulement vaginal est peu abondant. Les seins sont quelquefois douloureux ; l'estomac est le siége de tiraillements pénibles, il n'est pas enflammé ; l'appétit est capricieux ; les digestions le plus souvent difficiles. Les selles sont naturelles ; le besoin d'uriner est assez fréquent. Le col de l'utérus est dur, engorgé, très gros, un peu noueux et peu sensible au toucher. Le museau de tanche présente une large ulcération arrondie. La matrice est un peu basse ; elle paraît un peu plus volumineuse que dans l'état normal.

Tel fut le résultat de l'examen que M. Amussat fit de la malade, le 29 octobre 1841, et que je constatai avec lui.

Nous prescrivîmes dix sangsues sur le col de l'utérus ; cataplasmes dans le vagin avec la fécule de riz ; injections ou plutôt

irrigations d'eau de guimauve trois fois par jour ; grands bains ; repos ; nourriture douce, peu substantielle.

Le 2 novembre : léger mieux, moins de douleur, moins de pesanteurs sur le siége ; persistance des douleurs épigastriques. Dix sangsues sur le col de l'utérus ; même traitement.

Le 25, nouvelle application de douze sangsues ; elles prennent toutes et coulent assez bien. Quatre autres applications de sangsues sont faites plus tard à des intervalles différents. Des pilules de ciguë sont prescrites et remplacées, après un certain temps, par l'usage de l'hydriodate de potasse pris à l'intérieur. Diverses boissons émollientes et amères sont aussi ordonnées.

Le 20 janvier 1842, l'ulcération du col de l'utérus était guérie ; quant à l'engorgement, il n'a disparu entièrement que dans le courant du mois de juin. Au mois de juillet 1843, j'ai revu la malade qui jouissait de la santé la plus parfaite.

— La malade, dont l'observation précède, était atteinte d'un engorgement chronique avec ulcération du col de l'utérus. Soignée pendant trois années consécutives, elle n'a retiré, en définitive, aucun bien des divers traitements mis en usage. A quelle cause attribuer un si fâcheux résultat ? Etait-ce à la présence d'un principe morbide constitutionnel, ou bien à ce que l'inflammation locale n'avait pas été convenablement combattue ?

Il résulte des ordonnances, que m'a remises la malade, qu'on lui a d'abord appliqué un pessaire et prescrit des bains ferrugineux. Venue à Paris, et présentant à cette époque une ulcération sur le col de l'utérus, elle fut de suite et sans retard cautérisée. Plus tard, elle prit un grand nombre de purgations, comme moyen dépuratif et dérivatif ; enfin, plus tard encore, on eut recours successivement à de nouvelles cautérisations, à des ingestions astringentes, à de nouveaux purgatifs, à des insufflations de poudre d'alun, à l'emploi de ventouses, d'un emplâtre stibié, d'un vésicatoire. Toutefois, un traitement aussi actif, aussi inflammatoire, était tempéré par quelques bains et des injections vaginales émollientes.

Ainsi, des purgatifs répétés et des cautérisations nombreuses, telle a été, en résumé, la base de la médication mise en usage.

Devions-nous rester dans la même voie ? Aucune raison ne nous y engageait. Loin de là ; car nous trouvions que le col de l'utérus était le siége d'une inflammation qui, à notre avis, n'avait pas été combattue. Nous résolûmes donc, M. Amussat et moi, d'attaquer l'élément inflammatoire par l'emploi des antiphlogistiques et de le poursuivre ainsi avec la plus grande persévérance.

Comme on l'a vu, plusieurs applications de sangsues furent

faites sur le col de l'utérus ; des bains, des irrigations émollientes, de légères promenades et un régime convenable furent prescrits. Enfin, plus tard, nous eûmes recours à l'emploi de la ciguë et de l'iodure de potassium.

Tel a été le traitement qui a détruit une affection, depuis si longtemps rebelle, et a amené une parfaite guérison. Que penser maintenant de tous les moyens actifs qui ont été mis en usage?... N'est-il pas évident que la médication qui nous a si bien réussi eût dû être employée, dès le début de la maladie, comme la seule rationnelle et méthodique ?

Engorgement du col de l'utérus, avec altération d'apparence fongueuse, hémorrhagie abondante ; traitement médical. — Madame P..., âgée de 41 ans, mère de quatre enfants, est d'une constitution lymphatique et d'une santé délicate : chargée seule du soin de son ménage, elle est sans cesse obligée de travailler au-delà de ses forces.

Le 10 décembre 1841, elle fut prise, hors de l'époque de ses règles, qui du reste avaient toujours été régulières, d'une hémorrhagie utérine qu'avaient précédée des pesanteurs sur le siége, des malaises abdominaux et des flueurs blanches assez abondantes. Cette hémorrhagie durait depuis huit jours lorsque je fus appelé. La malade n'avait pas suspendu ses occupations ; seulement depuis quelques heures, l'abondance du sang qu'elle rendait l'avait forcée de garder le lit. Je la touchai et je trouvai le col de l'utérus très-volumineux, entr'ouvert et d'une mollesse fongueuse, il paraissait céder ou s'écraser sous le doigt. Le corps de cet organe, apprécié par le vagin et par le rectum, me parut peu développé et à l'état normal. Le pouls était un peu accéléré sans présenter de développement. La figure était pâle. — Je prescrivis de la limonade froide, l'absence de toute nourriture et le repos au lit.

Le 12, on me dit que l'hémorrhagie, qui avait diminué dans la journée, avait un peu augmenté dans la soirée. La nuit avait été agitée ; et ce matin la malade avait eu un peu de sommeil. Le sang coulait encore, mais avec beaucoup moins d'abondance. Le pouls est à 86 pulsations et sans force. — Je fais continuer la limonade et je prescris de plus en boisson de la glace pilée édulcorée avec le sirop de coing.

Le 14 et le 15, la perte s'éteint peu à peu. — Bouillon froid, injections vaginales tièdes.

Le 16 et le 19, le mieux continue. — Je donne des potages et j'augmente insensiblement les jours suivants la nourriture.

Le 20, il ne sortait plus par le vagin qu'un écoulement rous-

sâtre. J'examinai la malade au spéculum : le col de la matrice était d'un rouge foncé, volumineux, d'un aspect fongueux, sans ulcération apparente ; touché avec le doigt, il offrait toujours une très-grande mollesse. — Je fis faire des irrigations d'eau de riz à peine tiède, renouvelées trois fois par jour.

Le 26, la malade avait repris ses occupations, il n'existait plus qu'un écoulement blanchâtre. — Je fais ajouter aux irrigations de l'extrait de Saturne, d'abord en petite et plus tard en grande quantité.

Le 6 janvier, la malade, se croyant guérie, cessa de me voir.

En mars 1844, elle fut reprise d'une nouvelle hémorrhagie utérine qui présenta absolument les mêmes caractères que la première. L'emploi des mêmes moyens produisit les mêmes avantages ; mais, comme la perte de sang avait été cette fois bien plus abondante, la faiblesse se prolongea plus longtemps et partant la malade mit beaucoup plus de suite à son traitement. Le col de l'utérus diminua de plus en plus de volume, et il reprit peu à peu et sa couleur et sa densité normales. Lorsque je cessai de voir la malade, elle était parfaitement guérie.

Dans le mois de mai 1847, j'ai revu madame P... qui se portait très-bien et n'avait, depuis les soins que je lui avais donnés, éprouvé aucun dérangement ni dans sa santé, ni du côté de la matrice.

Ramollissement fongueux et saignant du col de la matrice, hémorrhagie utérine grave ; traitement médical. — Madame G.... est âgée de 41 ans. Elle a toujours été d'une bonne constitution, et sa santé, quoique contrariée par beaucoup de chagrins, s'est néanmoins assez bien soutenue. Réglée à 16 ans, elle a été mariée à 19. Les règles se sont toujours montrées avec abondance, et tous les vingt à vingt-cinq jours. Elle a eu deux enfants qui se portent très-bien. Ses grossesses et ses couches ont été heureuses.

En 1830, elle fut atteinte, dans le mois de juin, d'une hémorrhagie utérine qui dura un mois entier. Elle fut soignée à Clermont par M. le docteur Fleury.

Le 28 février 1842, elle me fit appeler en toute hâte. Depuis quelque temps, elle éprouvait des pesanteurs sur le siége, des malaises dans tout le bas-ventre et des flueurs blanches assez abondantes. Mais la surveillance d'un restaurant, où elle ne faisait pas ses affaires et l'obligation où elle était de se tenir constamment au comptoir, ne lui avaient pas permis de se soigner. Quoique depuis cinq jours elle perdît du sang avec abondance et qu'elle se trouvât bien épuisée, elle avait cependant continué ses

occupations. Mais dans la matinée du 28 février, l'hémorrhagie s'étant montrée avec une plus grande force, elle fut obligée de se coucher.

J'ai trouvé la malade excessivement pâle, sans forces, sans parole, en quelque sorte anéantie, ayant le pouls imperceptible. Elle avait toute sa connaissance; elle se sentait mourir. La vue était trouble, elle avait des tintements d'oreille et des palpitations du cœur. Elle n'avait pas eu de syncope. L'hémorrhagie continuait. Je crus devoir pratiquer de suite le toucher, pour m'assurer de la nature de l'affection utérine que j'avais à combattre et pouvoir remplir avec connaissance de cause les indications thérapeutiques. Je reconnus que le col de l'utérus était volumineux, mollasse, fongueux; le doigt pénétrait facilement dans sa cavité; sa lèvre postérieure me parut ulcérée et en partie détruite; il n'était le siége d'aucune tumeur. Le corps de cet organe était un peu engorgé, sa surface était régulière. Les annexes utérines paraissaient à l'état normal.

L'hémorrhagie utérine me parut bien évidemment, chez cette malade, l'effet de l'affection du col de l'utérus que je venais de constater.

Que devais-je faire? J'avais à choisir entre l'emploi des réfrigérants et des astringents, le tamponnement et la cautérisation.

La grande perte de sang qui avait eu lieu et la continuation de l'hémorrhagie rendaient ici l'indication très-pressante. Je crus devoir pratiquer de suite le tamponnement. La métrorrhagie fut ainsi arrêtée. Je prescrivis ensuite des boissons acidulées, et le calme le plus absolu autour de la malade.

Le 1er mars, la nuit avait été agitée. Le pouls était très-faible, petit et fébrile. La pâleur était extrême, les forces nulles. Le ventre était légèrement balonné, mais sans douleur. La malade avait uriné; elle n'avait pas perdu de sang. — Je fis continuer les boissons acidulées; je prescrivis, trois fois par jour, une cuillerée d'eau anti-hémorrhagique de Tisserand dans un demi-verre d'eau sucrée, et de plus quelques cuillerées de bouillon froid.

Le 2, l'état de la malade était à peu près le même que la veille. J'enlevai les tampons de charpie placés dans le vagin, je fis une irrigation dans ce conduit, et j'appliquai de nouveau le tamponnement, mais d'une manière plus légère.

Le 3, le ventre était toujours balonné, mais sans douleur. La malade était tourmentée par des borborygmes et des renvois de gaz par la bouche; elle avait quelques envies de vomir. J'enlevai

de nouveau et je suspendis le tamponnement. Je prescrivis des irrigations vaginales avec de l'eau de Tisserand.

Le 8, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite. Il s'écoulait par la vulve un liquide brunâtre assez abondant. Le ventre était détendu, mais un peu douloureux. Le pouls était toujours petit et très-faible. La malade n'avait nulle force ; le moindre mouvement qu'elle faisait dans son lit rendait la syncope imminente ; elle avait toujours des envies de vomir, mais sans vomissements. La langue était très-pâle et dépouillée, par places, de son épithélium. L'inappétence était des plus prononcées, il y avait même de la répugnance pour les aliments. — J'ordonnai des boissons gommées et mucilagineuses ; et, comme il était urgent de relever les forces, je prescrivis du bouillon bien dégraissé, de la gelée de viande, du lait. Les injections d'eau anti-hémorrhagique furent remplacées par des irrigations presque froides avec de l'eau de guimauve.

Le 9, je visitai la malade au spéculum. Le col de l'utérus était fongueux, noirâtre, le museau de tanche et surtout la lèvre postérieure présentaient une large ulcération saignante.

Le 22, l'écoulement était jaunâtre, toujours abondant ; les forces ne se relevaient pas, l'inappétence était la même, les nausées continuaient et la faiblesse était toujours presque syncopale ; les renvois gastriques avaient un goût et une odeur très-désagréables. Je prescrivis un peu de panade légère, du jus de viande, des potages gras légers, et j'ajoutai un peu d'eau rougie et un peu d'eau de Seltz. Les injections avec l'eau anti-hémorrhagique furent reprises.

Le 2 avril, le col de l'utérus avait beaucoup diminué de volume. La surface de l'ulcération avait une couleur vermeille, mais elle était encore un peu saignante. L'écoulement était moins abondant. Quant à l'état de l'estomac et de l'appétit, il n'y avait pas de changement. Les renvois avaient le même caractère ; l'épigastre continuait à être douloureux ; on sentait un peu à droite de cette région un peu de rénitence, mais il était impossible d'assurer que ce point fût le siége d'une lésion organique. — Je fis prendre quelques pilules opiacées et avec de la belladone qui furent sans résultat. Je conseillai aussi des boissons alcalines et ferrugineuses qui produisirent quelque bon effet. Les injections astringentes furent continuées.

Le 10, madame G... mangea, je ne sais par quelle inspiration, des œufs durs. Il en résulta des vomissements très-pénibles ; mais cet accident n'eut pas de suites.

Le 29, l'ulcération utérine continuait à présenter un très-

bon aspect ; elle avait dimiaué des quatre cinquièmes ; mais l'état général , hors une légère amélioration, était à peu près le même. Comme la malade commençait à s'inquiéter, je lui proposai de demander les conseils de M. le professeur Bouillaud.

Le 5 mai, la consultation eut lieu. M. Bouillaud ne reconnut pas de lésion organique dans l'estomac. Il était probable que cet organe devait être le siége d'une ancienne gastrique chronique, mais le trouble dont il était actuellement le siége, ainsi que la faiblesse générale, dépendaient évidemment de la grande perte de sang qu'avait éprouvée la malade. Il proposa, en conséquence, une nourriture de plus en plus succulente et il conseilla à la malade de ne pas craindre de prendre quelques aliments. Il ajouta à ce régime l'usage des pilules de lactate de fer.

Pendant le cours du mois de mai, madame G. commença à se lever. Le 29, le col de l'utérus, examiné de nouveau, ne présentait plus qu'une rougeur foncée dans le point où la cicatrice avait eu lieu. Je fis reprendre les irrigations avec de l'eau de guimauve presque froide.

Le 12 juin, elle partit pour Neuilly où elle avait pris, d'après mon conseil, un petit logement pour passer la belle saison.

Le 2 juillet, l'appétit ainsi que les forces revenaient quoique avec lenteur. Les digestions s'opéraient mieux. La grande pâleur de la figure semblait se dissiper ; le col de l'utérus était guéri ; mais comme il existait encore des flueurs blanches assez abondantes, je prescrivis des injections astringentes.

Le 17 novembre, je revis la malade. Le col de l'utérus me parut à l'état normal ; les forces se rétablissaient de plus en plus.

Depuis cette dernière visite, j'avais perdu la malade de vue. Je me plaisais à croire que nul accident nouveau n'était venu troubler sa santé. Le 14 mai 1847, j'en ai eu la certitude. J'ai revu ce jour-là, madame G., qui jouissait de la santé la plus parfaite, grasse, fraîche, ayant un bon appétit, de faciles digestions et n'éprouvant, du côté de l'utérus, malgré la cessation complète des règles depuis cinq mois, aucun trouble anormal, pas même des flueurs blanches.

— Les deux observations qui précèdent présentent un grand intérêt, sous le point de vue pratique.

Chez les deux malades, le col de l'utérus était gravement lésé, à l'exclusion du corps de cet organe, et l'affection consistait dans une altération qui paraissait bien profonde, puisque les tissus étaient largement ulcérés dans un cas, et dans les deux, fortement engorgés, ramollis, fongueux, saignants, et avaient déjà donné lieu à des hémorrhagies abondantes.

Quelle opinion pouvais-je avoir sur un pareil désordre ? Ma première pensée fut grave et je craignis d'avoir affaire à une dégénérescence cancéreuse; toujours est-il que, quelle que fût la nature de cette affection, je ne crus pas qu'il me fût possible de la vaincre sans avoir recours à la cautérisation. Je pensai que tout ce tissu mou, fongueux, en quelque sorte désorganisé, n'était plus susceptible de résolution et qu'il devait disparaître lentement par une destruction ulcéreuse, si l'on n'en provoquait l'élimination par un moyen chirurgical.

Toutefois, je ne voulus pas recourir de suite à l'emploi des caustiques. Le tamponnement me parut, chez la seconde malade, devoir suffire pour arrêter l'hémorrhagie et remplir la première et la plus pressante indication. Je me réservai d'agir plus tard suivant que le comporteraient la nature de la partie altérée et la résistance qu'elle opposerait au traitement que je mettrais en usage.

Après, donc, m'être rendu maître du sang par le repos le plus absolu, l'emploi des boissons acidulées, des réfrigérants et du tamponnement, je prescrivis, suivant les indications, contre la lésion utérine que je pouvais considérer comme la conséquence d'une inflammation chronique, des injections et des irrigations détersives, émollientes et astringentes que je fis prendre d'une manière régulière et suivie. Une modification avantageuse et bientôt une amélioration sensible ne tardèrent pas à suivre l'usage de cette médication. De temps en temps, je constatai la marche du progrès, et comme elle ne montra pas d'arrêt, je ne crus pas devoir changer de traitement. C'est ainsi que par l'emploi des moyens médicinaux, du régime et d'une hygiène convenable et exactement suivie, j'ai vu le col de l'utérus diminuer graduellement de volume, prendre insensiblement un meilleur aspect, plus de consistance et une couleur de plus en plus naturelle, l'ulcération se revêtir de bourgeons charnus et se cicatriser, enfin les malades guérir radicalement.

Quant à l'état général, nous avons vu, chez madame G..., avec quelle lenteur et quelle difficulté il s'est rétabli. C'est qu'il y avait eu ici perte presque totale du sang. Le pouls, au lieu de se relever le lendemain et le surlendemain comme cela a lieu dans les hémorrhagies peu abondantes suivies de syncope, a conservé, au contraire, pendant longtemps, son excessive faiblesse ; la figure est restée aussi très-pâle, en un mot, l'épuisement s'est prolongé à ce point de faire craindre l'impossibilité du retour des forces.

Des succès, analogues à ceux qui précèdent et bien d'autres,

me confirment de plus en plus dans la nécessité de se mettre en garde contre les idées préventives, et de suivre dans le traitement des affections du col de l'utérus, quelque graves qu'elles paraissent d'ailleurs, une marche régulière et méthodique. Jamais peut-être l'indication de faire tomber le col de la matrice n'a paru plus précise qu'ici. Je crus cependant devoir y résister, avec la pensée toutefois que je ne faisais qu'ajourner l'opération après l'emploi des moyens propres à combattre l'état inflammatoire; j'ai été assez heureux pour l'éviter. Je dois ajouter que je n'eusse nullement hésité à avoir recours à la cautérisation, si l'altération des tissus n'eût pas cédé à la médication mise en usage.

Dans un nouvel article sur la cautérisation, je publierai des faits où l'emploi du caustique solidifié est devenu nécessaire et a été employé avec succès.

Excroissance muqueuse dans la cavité du col de l'utérus; hémorrhagie utérine. — Cautérisation avec le caustique solidifié de potasse et de chaux. — Madame D..., âgée de 50 ans, brune, d'une bonne constitution, mère de quatre enfants, a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 16 ans, elle n'a, depuis cette époque, jamais cessé de l'être d'une manière régulière.

Depuis quatre ans, madame D... éprouve dans tout le côté gauche du bassin, à partir de la région crurale jusques dans la rénale, des douleurs vives que les fatigues augmentent beaucoup et que le repos diminue.

Jusqu'à l'année dernière, il ne s'était manifesté que quelques malaises du côté de la matrice et quelques pesanteurs du côté du siége; mais, à cette époque, les règles présentèrent quelques irrégularités; et, depuis dix mois, madame D... perd constamment un peu de sang. De temps en temps, l'écoulement de ce fluide a présenté un peu plus d'activité et, deux fois, à des époques assez éloignées l'une de l'autre, il est survenu une métrorrhagie abondante.

Madame D..., vint consulter M. Amussat le 28 mars 1847; je vis aussi ce jour là la malade. Les douleurs du côté gauche du bassin étaient toujours aussi vives. La perte utérine était permanente, mais légère. La malade avait, disait-elle, bien maigri depuis quelque temps. Elle n'avait pas de fièvre; elle conservait son appétit et son sommeil.

Le toucher est pratiqué avec soin. Le doigt, porté sur le col de l'utérus, reconnaît qu'il est le siége d'un engorgement marqué, sans ramollissement des tissus. Le museau de tanche est légèrement entr'ouvert; en cherchant à reconnaître les inégalités qu'il peut présenter, on découvre et l'on circonscrit très-

exactement une petite tumeur ou excroissance du volume d'une petite cerise, implantée par une large base sur le côté gauche de la cavité du col de la matrice, dont elle ne dépasse pas l'ouverture inférieure.

Le corps de la matrice et ses annexes, ainsi que le vagin, sont dans l'état normal.

Le spéculum, employé après le toucher, nous permit de voir très-distinctement l'excroissance placée au centre du museau de tanche ; elle paraissait légèrement aplatie, lisse et de couleur rosée.

Nous n'eûmes aucun doute que la végétation placée dans la cavité du col de l'utérus ne fût la cause de l'hémorrhagie dont madame D... était atteinte. Pour l'enlever, nous pouvions recourir à deux sortes de moyens : l'arrachement par la torsion ou la cautérisation. Nous nous arrêtâmes à ce dernier, parce que la base de cette excroissance était très-large. Un caustique solidifié de potasse et de chaux de quatre lignes de diamètre fut employé pour la détruire. Après l'avoir porté sur l'excroissance au moyen du spéculum, il y fut maintenu deux minutes et avec assez de soin pour ne pas cautériser les parties voisines. L'opération achevée, un petit morceau de bande fut porté et exactement placé au fond du vagin, un des deux bouts faisant une légère saillie entre les grandes lèvres pour pouvoir être retiré facilement ; puis la malade retourna chez elle. — Des bains entiers et de siége, des irrigations vaginales presque froides, le repos et un régime convenable furent prescrits.

Le 7 avril, nous revîmes la malade. Elle nous dit éprouver de la chaleur et même un peu de douleur dans le point cautérisé. Elle n'avait pas suspendu ses occupations. L'eschare était tombée. Le pédicule de la petite tumeur ne parut pas entièrement enlevé. — Une nouvelle mais petite cautérisation fut encore pratiquée.

Le 14 avril, la chute de l'eschare avait eu lieu, et la plaie était en voie de cicatrisation.

Le 25, la malade était guérie.

— Je n'ai rapporté l'observation qui précède que comme une preuve du trouble fonctionnel que les corps étrangers, même de petit volume, développés dans le col de la matrice font éprouver à cet organe. Des métrorrhagies en sont fréquemment la conséquence, et je dois dire que, dans ces cas, la cause qui les produit peut être quelquefois longtemps méconnue ; par exemple, lorsque le corps étranger est entièrement renfermé dans l'intérieur du col et qu'il consiste en de légères fongosités. Toutefois, le praticien instruit ne tarde pas à soupçonner et à découvrir la source

des accidents. Du reste, il importe beaucoup qu'il en soit ainsi; car ce ne pourrait être ni par les antiphlogistiques, les astringents, les révulsifs, ni par les spécifiques que l'on parviendrait à guérir les malades. Les moyens chirurgicaux, au nombre desquels se trouvent placés les caustiques, peuvent seuls obtenir un pareil résultat.

Nouveau procédé très-simple pour la ligature des polypes; par M. le docteur Alexis Favrot.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

Aujourd'hui la simplicité, en chirurgie, c'est le progrès.

Les instruments se sont tellement multipliés, dans ces derniers temps, qu'on peut, sans doute, en inventer beaucoup de nouveaux sans en imaginer de meilleurs; apprendre à se servir des anciens, et, encore mieux, à s'en passer, c'est un perfectionnement qui sera senti par tous les praticiens, mais principalement par ceux qui exercent loin des grands centres.

Je me suis proposé de rechercher un moyen dénué de toute complication, qui permît, sans instruments pour ainsi dire, de faire la ligature des polypes, quels qu'ils fussent, pourvu que le pédicule fût accessible à une tige du volume d'une sonde cannelée ordinaire.

Je crois être parvenu à mon but.

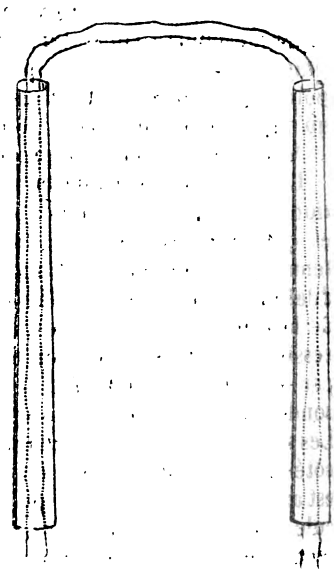
A tous les porte-nœuds, serre-nœuds, qui ont été employés jusqu'ici, j'ai substitué tout simplement deux sondes en gomme élastique, de dimensions variables, selon la capacité du canal où siégera la tumeur; en y joignant le mandrin d'une de ces sondes, et un fil ciré, je puis parvenir à faire la ligature de tous les polypes, dans les conditions que j'énonçais tout à l'heure, c'est-à-dire lorsque leur pédicule est accessible; condition réclamée d'ailleurs pour tous les autres procédés.

Mon perfectionnement consiste principalement dans l'agencement du fil destiné à entourer le pédicule, et dans la possibilité de trouver, avec une sonde ordinaire, tous les éléments des instruments, quels qu'ils soient, mis en usage jusqu'ici pour la ligature des tumeurs.

Voici comment les choses doivent être disposées.

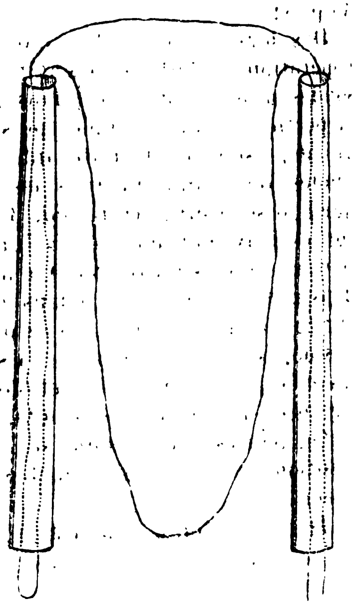
On choisit deux algalies du volume qu'on juge convenable, selon que le passage entre la tumeur et le canal est plus ou moins étroit, plus ou moins large. On coupe l'extrémité de ces deux sondes, en-dessous des yeux qu'elles présentent. On dispose un fil de soie, fort, bien tendu, d'une longueur de deux mètres envi-

ron. On en réunit les deux chefs, de manière à doubler le fil de soie et à lui donner, par conséquent, une longueur moitié moindre. Puis, à l'aide du mandrin, on introduit chaque extrémité du fil plié dans l'une des deux sondes ; on fait parcourir à ce fil toute la longueur du calibre de l'instrument, de manière à ce que les deux extrémités du fil, dont l'une présente la réunion des deux chefs, dépasse le bout inférieur d'une des deux sondes, et que l'autre extrémité, qui représente une boucle formée par le milieu même de toute la longueur du fil, dépasse l'extrémité inférieure de l'autre sonde (*fig.* 1).



De cette façon, on obtient un fil double qui passe d'une sonde dans l'autre, parcourt le canal tout entier, et sort de quelques centimètres par l'extrémité qui est généralement enduite d'un bourrelet de cire.

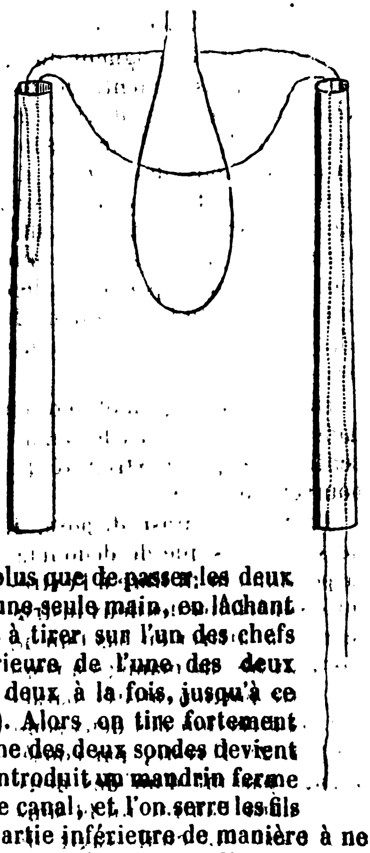
Tout étant ainsi disposé, il ne s'agit plus que de dédoubler la portion de fil libre à l'extrémité supérieure des deux instruments, à attirer en bas l'un de ces deux fils, de manière à rendre cette portion attirée parallèle à la direction des deux sondes (*fig.* 2). Il reste, par conséquent, passant d'un des deux tubes dans l'autre, un fil simple. C'est lui qu'il s'agit de porter sur la tumeur.



Ces détails, qui semblent très compliqués dans une description, sont, dans l'exécution, d'une simplicité extrême ; et, d'ailleurs, le passage des fils à travers les sondes peut être fait à l'avance. La question principale est que l'opération

elle-même soit facile et exempte de complications. Personne, je crois, ne pourra constater, quand on aura vu ce procédé mis en usage, qu'il ne remplisse parfaitement ces conditions. C'est au point que, lorsque tout est préparé, l'opération est déjà faite qu'on se demande encore comment la ligature a pu être placée.

Voici, maintenant, le procédé opératoire.



Les sondes, ainsi que la portion de fil qui a été dédoublée et qui leur est parallèle, sont tenues de chaque main. Un aide dilate le canal ou soulève la base de la tumeur, si celle-ci est accessible. Le fil simple, qui sort par le bout supérieur des deux sondes, est glissé sous le polype. Les sondes cheminent de chaque côté de la tumeur. Dès qu'on est arrivé à la hauteur du pédicule, hauteur qui a dû être déterminée d'avance, on rapproche les deux mains et, par conséquent, les deux sondes, de manière à leur faire occuper la portion supérieure ou antérieure du polype.

Dès lors, on peut dire que l'opération est faite. Il ne s'agit plus que de passer les deux sondes, ainsi rapprochées, dans une seule main, en lâchant la portion de fil dédoublé, puis à tirer sur l'un des chefs qui dépassent l'extrémité inférieure de l'une des deux sondes, ou même sur tous les deux à la fois, jusqu'à ce que l'on se trouve arrêté (*fig.* 3). Alors, on tire fortement sur les deux chefs ensemble; l'une des deux sondes devient libre et est aussitôt retirée. On introduit un mandrin ferme dans celle qui doit rester dans le canal, et l'on serre les fils sur ce mandrin, recourbé à sa partie inférieure de manière à ne pas dépasser la longueur de la sonde : l'on serre, dis-je, autant qu'on le juge convenable, et l'on peut, à son gré, relâcher la ligature ou la resserrer davantage encore.

On pourrait au besoin, si l'on n'avait pas de sondes à sa disposition, prendre deux branches de sureau creusées à leur intérieur.

Je me contente, quant à présent, d'avoir exposé brièvement

ce procédé, me proposant d'en faire le sujet d'un Mémoire, quand un certain nombre d'observations recueillies dans les hôpitaux pourra fixer l'opinion de mes confrères sur sa véritable valeur pratique.

Fistule vésico-vaginale à un centimètre du col utérin, opérée et guérie par le procédé de M. Jobert; par M. Malgaigne.

(Revue médico-chirurgicale, novembre 1847.)

Depuis la publication du remarquable Mémoire de M. Jobert sur sa nouvelle méthode opératoire, deux fistules vésico-vaginales se sont offertes à mon observation. Après avoir vainement tenté la compression et la cautérisation pour la première, je l'ai adressée à M. Jobert pour l'opérer, me réservant de lui voir appliquer son procédé lui-même. L'opération m'a paru si simple dans l'exécution, si heureuse dans le résultat, que je n'ai pas hésité à la pratiquer sur ma seconde malade; le succès a été complet et rapide; et l'observation que je publie engagera, sans doute, d'autres chirurgiens à m'imiter.

Obs. — Mad. Raffarel, âgée de 39 ans, déjà mère de cinq enfants, accoucha d'un sixième qui était une petite fille, le 2 mai 1847. Les cinq premières couches avaient été heureuses, et tous les enfants étaient venus par la tête; mais la dernière se présenta mal; l'accoucheur et une sage-femme introduisirent les mains et les avant-bras à plusieurs reprises; et finalement, il fallut avoir recours au forceps qui dut être aussi réintroduit plusieurs fois. L'enfant était très-forte, et mourut dans l'accouchement; le travail avait duré en tout 21 heures. Les suites de couches furent très graves; la malade ne quitta le lit qu'au bout de six semaines; et ce ne fut encore que plusieurs semaines après que, surprise d'être toujours mouillée et ne sentant pas le besoin d'uriner, elle s'adressa à M. Petit le fils, de Corbeil, qui reconnut la fistule. M. Petit essaya de tenir une sonde à demeure; la malade ne put la garder que deux jours et demi; alors elle vint à Paris consulter M. Jobert, qui jugea une opération nécessaire.

Elle n'avait pas eu ses règles depuis ses couches jusqu'au 6 septembre, où elle les eut 24 heures seulement, mais fort légères; du reste, elle ne les a guères habituellement que 36 heures. Jamais, depuis l'accouchement, elle n'avait senti le besoin d'uriner.

Ce fut dans ces circonstances que la malade me fut adressée par mon excellent confrère et ami, M. le docteur Léon Boyer. Nous l'explorâmes le 21 septembre, et nous reconnûmes facilement une fistule transversale située à un centimètre environ du col utérin, offrant à l'œil à peu près un centimètre d'étendue, et

laissant continuellement suinter l'urine, en sorte qu'il n'en passait pas une goutte dans l'urèthre. La muqueuse vaginale était pâle; il n'y avait pas de trace de cicatrices aux environs de la fistule; le col utérin, très-élevé, était rouge et laissait écouler une certaine quantité de mucus. La santé générale étant d'ailleurs parfaite, l'opération fut arrêtée pour le 23 septembre, et pratiquée avec le concours de MM. les docteurs Léon Boyer et Dequevauvillers et de M. Besançon, mon interne.

La malade couchée en travers de son lit, les cuisses fléchies et écartées, je déprimai la paroi postérieure du vagin à l'aide du spéculum univalve, et glissant l'indicateur gauche le long de la paroi antérieure, entre ce doigt et le spéculum, je portai sur le col utérin de longues pinces de Museux avec lesquelles je le saisis fortement. Le spéculum fut alors retiré, et des tractions ménagées mais continues sur les pinces amenèrent peu à peu, jusques près de l'orifice vaginal, le col utérin qui était très-élevé. D'autres pinces furent facilement implantées sur la lèvre antérieure du col; et les branches des deux instruments ayant été serrées à l'aide d'un fil solide, elles furent ainsi confiées à un aide dont tout l'office était, dès lors, de maintenir la traction sans l'accroître.

La fistule, siégeant à un centimètre du col utérin, se trouvait ainsi fort rapprochée de la vulve, mais masquée encore par les replis de la paroi vésico-vaginale attirée en bas. Je fis tendre cette paroi à gauche par le doigt d'un aide; moi-même j'en fis autant à droite; et alors nous eûmes sous les yeux l'ouverture fistuleuse, dirigée en travers, ayant au plus un centimètre d'étendue apparente, mais admettant le bout du petit doigt; elle figurait une sorte d'entonnoir, dont les parois étaient tapissées d'une muqueuse nouvelle très-solidement organisée; et ses bords semblaient très-épais. On s'assura de nouveau, en introduisant la sonde successivement par l'urèthre et par la fistule, qu'elle communiquait librement avec la vessie; et une injection lancée par l'urèthre et revenant par la fistule compléta la démonstration.

Il s'agissait maintenant d'aviver les lèvres de la fistule. Je commençai avec un bistouri aigu, la muqueuse étant saisie au préalable avec des pinces à dents de souris; mais à mesure que la pointe du bistouri s'enfonçait plus avant, je craignais qu'elle n'allât blesser la paroi opposée de la vessie; d'un autre côté, l'épaisseur des bords de la fistule était telle, que je les eusse difficilement embrassés avec des ciseaux; je me servis donc d'un bistouri boutonné; et je ne saurais dire avec quelle facilité j'exécutai mon avivement sur tous les points. La fistule permit alors d'introduire

l'indicateur dans la vessie ; et l'épaisseur de la paroi divisée n'était guères moindre d'un centimètre.

Un peu de sang suintait de l'incision ; il fallut éponger à plusieurs reprises, et même injecter de l'eau froide par le vagin et par l'urèthre pour nous débarrasser de ce suintement ; mais j'y réussis encore mieux en portant l'indicateur gauche dans la fistule et pressant de dedans en dehors sur la lèvre supérieure de l'incision. Moyennant cette pression qui l'écartait de la paroi antérieure de la vessie, je passai facilement de dehors en dedans ma première aiguille ; après l'avoir retirée au dehors, je la replongeai, toujours sous la protection de mon doigt, à travers la lèvre inférieure et cette fois de dedans en dehors, embrassant pour chaque lèvre environ un centimètre d'étendue de la paroi vésico-vaginale. Un deuxième fil fut placé de même ; et les chefs des deux fils étant alors attirés au dehors, on vit les bords saignants de la fistule très-nettement accolés ; une sonde de femme ne pouvait pénétrer dans leur intervalle, et une injection faite par l'urèthre revint tout entière par ce canal. En conséquence, on jugea ces deux points de suture suffisants, et je les serrai assez fortement par un double nœud. Une nouvelle injection par l'urèthre distendit la vessie, qui se contracta de façon à lancer par le méat urinaire un jet de liquide très-gros et décrivant un arc fort étendu ; rien ne passait par la fistule. Avant de couper les fils, je m'en servis pour attirer au dehors la portion de la vessie qu'ils étreignaient, et séparer cet organe de ses attaches au col utérin. Les pinces implantées sur la lèvre antérieure du col me gênaient ; je les enlevai ; et l'incision fut faite avec un bistouri aigu, à 6 ou 8 millimètres de profondeur, sur toute la largeur du vagin. Une autre incision parallèle fut faite en avant de la fistule, pour que la muqueuse vaginale ne fût pas plus tiraillée de ce côté que de l'autre ; puis les fils coupés près des nœuds. Les injections dans le vagin enlevèrent les caillots et le sang ; mais il en suintait toujours, surtout par l'incision du col. Sans m'y arrêter, je portai dans le vagin un tampon d'agaric ; je fixai la sonde à demeure dans l'urèthre ; le tout maintenu par un bandage en T et des liens qui se rattachaient à une serviette passée en ceinturon autour du ventre ; et l'opération fut terminée. La malade, interrogée à diverses reprises, déclara toujours qu'elle ne souffrait pas ; et de fait elle ne jeta pas un cri durant toute l'opération.

Deux heures après, un peu de sang avait coulé par le vagin ; la malade pâlit et eut une syncope. On assura le tampon, et l'hémorrhagie ne reparut pas au dehors. De petits caillots bouchaient la sonde ; on fit des injections pour la rendre libre.

Le lendemain, état excellent ; j'ôtai le tampon ; il sortit du vagin environ deux palettes de caillots noirs ; des injections lavèrent ce conduit. L'opérée commençait à sentir de l'appétit.

Rien à noter les jours suivants ; mais le dimanche 26, comme elle était en moiteur, elle mit les bras hors du lit pour lire un journal ; presque aussitôt survint un frisson violent avec douleurs dans toutes les jointures, notamment aux lombes ; issue d'un peu de sang rouge par la sonde ; brisement général. Le frisson fut suivi d'une réaction très-forte avec fièvre, abattement ; le lendemain elle s'en ressentait encore.

Heureusement rien de semblable ne reparut les jours suivants ; seulement le 29, sixième jour, il sortit d'assez gros caillots du vagin ; mais, comme nous étions arrivés ou à peu près à l'époque menstruelle, cela fut mis sur le compte des règles.

Le 30, il nous parut utile d'enlever les sutures. Le col utérin fut saisi et amené à la vulve avec plus de difficulté que le jour de l'opération ; le vagin ne contenait qu'un peu de mucus puriforme. Mais en pressant sur la paroi antérieure du vagin pour reconnaître les sutures qui étaient profondément cachées, le vagin s'emplit d'un liquide qui me parut être de l'urine. Avions-nous rompu quelque adhérence, ou bien le liquide s'écoulait-il à travers la fistule non réunie, ou bien encore à travers les trous agrandis des points de suture ? C'est ce qu'il fut impossible de reconnaître. Les deux divisions transversales au col et au vagin étaient presque cicatrisées ; ce qui me surprit, c'est que l'incision transverse inférieure semblait avoir pris une direction verticale. Enfin, après quelques difficultés, les fils furent aperçus, coupés avec des ciseaux courbes et retirés ; ils étaient encore loin de tomber dans le vagin. Une sonde, introduite après cela dans la vessie, en fit sortir par un jet assez fort plusieurs cuillerées d'urine presque limpide.

La sonde élastique fut réintroduite à demeure et la malade resta couchée comme auparavant. Dans la nuit du 2 au 3 octobre, elle ressentit des douleurs assez vives à l'hypogastre ; la sonde était bouchée. M. Boyer la vit le lendemain, retira la sonde dans laquelle il trouva un bout de fil simple, provenant d'une des sutures ; la vessie contenait une notable quantité d'urine ; rien n'avait passé par le vagin.

En conséquence, le 4 octobre, nous enlevâmes la sonde ; plusieurs injections faites dans la vessie revinrent en entier par le méat ; et il fut décidé qu'on laisserait la malade uriner seule. Elle urina en effet deux fois dans la journée, sans aucun écoulement appréciable par le vagin.

Il n'y eut rien de nouveau jusqu'au 9 octobre ; ce jour-là, on

lui avait permis de se lever. Comme elle était un peu faible, elle s'était bornée d'abord à faire quelques pas par la chambre, puis à se reposer sur un fauteuil; et, vers quatre heures, elle avait uriné très-naturellement. A quatre heures et demie, comme elle reconduisait sa sœur à la porte de l'appartement, M. Boyer, qui l'observait, s'aperçut qu'elle laissait couler quelques gouttes d'urine sur le plancher. Quant à elle, elle n'en avait pas conscience; et presque aussitôt elle sentit le besoin d'uriner, et s'en acquitta comme auparavant; mais, en se relevant, d'autres gouttes tombèrent derechef. M. Boyer la fit tenir debout, les jambes écartées, et, examinant les parties, il en vit suinter la valeur d'une cuillerée d'urine, sans pouvoir démêler d'où elle sortait. Une sonde, introduite, évacua de la vessie environ une cuillerée et demie d'urine qui y était restée; alors l'écoulement cessa absolument, bien que la malade fût encore restée debout cinq minutes.

Pour plus de sécurité, M. Boyer fit essuyer soigneusement les parties, retint la malade levée jusqu'à huit heures du soir; l'écoulement ne reparut point; avant de se coucher, elle urina librement, sans écoulement consécutif.

Le lendemain 10, elle demeura levée de une à dix heures du soir, urina deux fois, sans le moindre suintement; de même le lit ne présentait pas une goutte d'urine.

D'après tous ces phénomènes, nous jugeâmes que l'urine s'était écoulée par l'urèthre affaibli, et toute inquiétude cessa. En effet, dans la nuit du 10 au 11, comme dans les suivantes, la malade ne fit qu'un somme, garda en conséquence l'urine de toute la nuit dans la vessie, sans en laisser échapper une goutte, et urina copieusement à son réveil.

Le 13, vingtième jour après l'opération, nous la passâmes au spéculum. Tout d'abord, avec le spéculum bivalve, nous cherchâmes vainement des traces de la fistule, tant la paroi antérieure du vagin avait repris sa couleur et ses rides naturelles; de telle sorte que l'orifice rouge, humide, découpé, du museau de tanche apparaissant enfin au fond de l'instrument, et laissant couler un peu de mucus clair et limpide, nous crûmes un moment que c'était là notre fistule, dont la cicatrisation n'eût pas encore été complète. Cependant, une injection faite dans la vessie y restait tout entière; le doigt, porté dans le vagin, ne découvrait nulle inégalité en avant; finalement, en nous servant du spéculum ordinaire, nous embrassâmes le col utérin, cette fois bien reconnu; nous constatâmes, au fond de la rosace vaginale, l'incision que nous avions faite au col, et qui était parfaitement cicatrisée;

quant à la fistule et à l'autre incision, nous pûmes bien, à quelques rides plus profondes, en assigner la place ; mais, nous n'en eussions pas deviné l'existence antérieure, si nous avions vu cette femme pour la première fois.

Le lendemain, elle quitta Paris pour s'en retourner à Corbeil; nous avons eu tout récemment encore de ses nouvelles, et la vessie remplit ses fonctions comme si elle n'avait jamais été blessée.

J'ajouterai ici quelques réflexions. Le procédé opératoire n'est pas absolument le même que celui de M. Jobert dans les trois observations de son Mémoire ; des modifications apportées, les unes lui appartiennent, et j'ai cru devoir en adopter quelques autres.

1° M. Jobert commençait par l'incision qui détachait la vessie du col utérin. Aujourd'hui, il pratique d'abord l'avivement et la suture, et avec raison, à mon sens ; car l'incision près du col donne un écoulement de sang fort abondant, qui même dégénère parfois en véritable hémorrhagie ; il vaut donc mieux, pour assurer la manœuvre opératoire, n'y procéder qu'en dernier lieu.

2° A cette incision, j'en ai ajouté une autre en avant de la fistule ; c'est également une modification de M. Jobert, qui a pour résultat de relâcher la lèvre inférieure de la fistule, comme la première incision a relâché la supérieure.

3° Mais au lieu du bistouri pointu ou des ciseaux, j'ai préféré, pour l'avivement, le bistouri boutonné ; et je ne saurais trop redire combien la manœuvre en a été facilitée.

4° Pour passer les points de suture, j'ai mis le doigt dans la vessie ; c'est le seul moyen, à mon avis, de s'assurer que l'on comprend bien toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, et qu'on respecte la paroi vésicale opposée.

5° M. Jobert laissait autrefois les fils, onze, quinze et jusqu'à vingt-deux jours. Je les ai enlevés le septième jour ; et, sans l'accès de fièvre du dimanche, j'avais dessein de les enlever le cinquième. On sait, en effet, qu'à cette époque les fils commencent à couper les chairs, ce qui les rend plus nuisibles qu'utiles. On pourrait objecter qu'en les enlevant le septième jour, nous avons déchiré quelques points de la réunion, encore trop récente, et fait couler de l'urine dans le vagin. Je ne peux répondre autre chose, sinon que j'ai raconté le phénomène comme je l'avais vu, sans pouvoir alors me l'expliquer ; et que, aujourd'hui, je pense que le liquide, que nous avions pris pour de l'urine, était tout simplement du mucus séreux sorti de l'utérus.

6° Enfin, j'ai employé le tampon, comme M. Jobert, dans la prévision d'une hémorrhagie qu'il n'a pas empêchée ; et peut-

être même l'échauffement qu'il détermine l'aura-t-il favorisée. Je pense donc qu'il y a lieu de se demander s'il ne vaudrait pas mieux renoncer à ce tamponnement, et combattre l'hémorrhagie, le cas échéant, par des injections d'eau froide, ainsi que M. Bégin a fait pour la taille.

Au total, voilà un nouveau succès à ajouter à ceux de M. Jobert, et qui peut servir à montrer combien s'est simplifiée, entre ses mains, l'opération de la fistule vésico-vaginale. Lorsqu'on vient à considérer tous les essais antérieurs, on voit qu'ils échouaient et qu'ils devaient échouer surtout pour ces deux causes : la difficulté d'aviver et de coudre la solution de continuité, la tension des bords de la plaie qui coupait les tissus sur le fil des sutures. Pour vaincre le premier obstacle, il a eu recours à un moyen fort simple, dont on avait même usé déjà en d'autres circonstances, savoir, l'abaissement du col à l'aide de pinces érignes, ce qui amène la fistule, en quelque sorte, au-devant des yeux et des doigts de l'opérateur. L'autre difficulté n'a pas été moins heureusement vaincue par la double incision, qui, en définitive, n'est autre que la double incision de Celse après l'opération du bec-de-lièvre ; et c'est ainsi qu'en réunissant ces deux éléments épars, M. Jobert a su constituer le procédé le plus original, le plus simple et le plus efficace à la fois, et ramener dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale une affection que l'on avait fini par regarder comme incurable. Ce procédé est celui que M. Jobert applique aux fistules simples, comme était la nôtre ; on sait que, pour les fistules avec large perte de substance, il a imaginé une ressource plus héroïque encore, c'est-à-dire le décollement de la portion de la vessie adhérente au col et au corps de l'utérus.

Une dernière remarque, et elle est importante : ce qui fait surtout que la plupart des chirurgiens se méfient du succès, c'est la minceur présumée de la paroi vésico vaginale. On ne saurait donc trop répéter que, quand la vessie est vide et revenue sur elle-même, cette paroi est beaucoup plus épaisse qu'on ne pourrait l'imaginer ; chez mon opérée, je l'ai évaluée à 1 centimètre ; et, certes, il y a là d'assez larges surfaces pour donner lieu à de solides adhérences. Mais il faut pour cela que l'avivement s'opère bien sur toute cette épaisseur, et que toute cette épaisseur aussi soit comprise dans les points de suture ; et les deux petites modifications, que j'ai apportées au procédé de M. Jobert, me paraissent surtout propres à remplir cette double indication.

— Il y a quelques jours, une autre fistule est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, mais avec une telle perte de

substance que la paroi antérieure de la vessie faisait hernie à travers l'ouverture et sortait même entre les lèvres de la vulve. Après avoir pris l'avis de M. Jobert, je l'ai opérée en décollant cette fois largement la vessie de ses attaches au col et au corps de l'utérus ; je publierai les résultats de cette nouvelle opération.

Considérations pratiques sur le traitement du bec-de-lièvre double, avec écartement des os maxillaires ; par M. le docteur CH. PHILLIPS.

(Bulletin général de Thérapeutique, octobre 1847.)

Je dois commencer ce travail en m'excusant de l'avoir entrepris : c'est qu'en effet il n'y a pas d'opération en chirurgie qui passe pour être plus simple à exécuter, il n'y a pas de difficultés que l'on ne croie pouvoir vaincre plus facilement, pas de traitement plus positif, pas de résultat moins douteux que tout ce qui a été écrit sur la difformité connue sous le nom de bec-de-lièvre, et sur le traitement qui lui est opposé.

Dans les œuvres de nos devanciers, nous ne lisons guère que des relations de succès; et, quelles qu'aient été les complications des difformités, quelque graves qu'aient été les lésions, on voit toujours que l'opération a été facile à faire, et que les résultats en ont été satisfaisants. Si l'on compare les œuvres d'autrefois avec celles de nos jours, on éprouve du découragement en voyant la différence des résultats, et l'on est porté à mettre en doute le talent des contemporains. Mais, si l'on étudie avec attention, si l'on analyse avec rigueur l'opération ancienne, en tenant compte de l'état de difformité, on reprend courage, on acquiert la conviction que ces succès n'ont pas été plus complets que les nôtres, et l'on est en droit de dire que c'est l'insuffisance de l'art, et non l'impuissance de l'artiste, qui est la cause de ces imperfections.

Pénétré des principes de nos grandes écoles, ayant foi dans la parole de leurs chefs, j'ai cherché à mettre en pratique leurs préceptes, leurs doctrines, et j'ai vu, avec une cruelle déception, les opérations faites avec le plus grand soin, ou échouer complétement, ou ne corriger qu'imparfaitement ces vices de conformation. Dans cette décourageante situation d'esprit, doutant de l'exactitude des faits publiés, doutant presque des ressources de l'art, j'ai voulu revoir cette question, et, après avoir comparé les écrivains qui se sont succédé, je suis arrivé à cette conclusion : que l'école de Desault a été la loi qui les a guidés, qu'ils se sont successivement transmis ses doctrines, sa pratique et son texte ; que, sans examen, ils ont adopté sa parole comme

une vérité; qu'enfin, agissant comme il avait agi, ils ont dû obtenir les mêmes résultats, et que, dominés par la même erreur, ils ont publié les mêmes succès.

Quelques opérateurs, trompés dans leurs espérances, n'osèrent pas écrire leurs doutes; mais en cherchant à modifier la méthode qui, jusqu'à ce jour, avait servi de type, ils ont assez prouvé qu'une atteinte était portée à leurs croyances, et que leur foi était ébranlée. En refoulant brusquement les os incisifs que Desault prétendait ramener par la compression, en emportant un morceau triangulaire de la cloison pour arriver au même but, en taillant des lambeaux pour éviter l'encochure, les chirurgiens, qui ont imaginé ces différentes modifications, ont prouvé qu'ils n'étaient pas satisfaits, et qu'il était indispensable d'étudier de nouveau cette opération.

On doit remarquer aussi que presque tous les efforts d'amélioration ont été dirigés vers le bec-de-lièvre simple, et qu'ils ont été employés sans distinction contre le bec-de-lièvre compliqué et contre toutes ses variétés, de sorte que l'on n'a pas opposé aux cas les plus graves des moyens plus puissants qu'aux cas les plus simples. Aviver les bords, couper les brides attachant les lèvres aux gencives, et placer les sutures, telles étaient les trois conditions que le chirurgien devait remplir; et une fois ces manœuvres terminées, si les tissus étaient soudés entre eux après l'extraction des épingles, l'opérateur se félicitait de son succès. Quant à la forme définitive donnée à la lèvre, quant au redressement du nez, on ne s'en occupait pas, on y attachait peu ou point d'importance.

Ce sont cependant de tels faits que Desault a publiés comme étant des guérisons complètes. Ce qui doit faire douter de l'exactitude des descriptions de ce grand chirurgien, ce sont les dessins qui accompagnent l'histoire d'un enfant représenté avant et après l'opération. Evidemment nul de nos contemporains, même des plus habiles, ne peut montrer de tels résultats! Desault agissait-il différemment que ne l'ont fait ses successeurs? Non, évidemment non; et j'en trouve la preuve dans la formule qu'il a donnée de cette opération. « Il résulte deux grandes « conséquences: l'une qu'il faut réduire la fente à l'état de di« vision récente, l'autre, qu'il faut rapprocher et maintenir en « contact les bords sanglants de cette division. »

Il est démontré par ces préceptes que le succès était tout entier dans l'agglutination des bords de la division, et qu'une fois cette soudure obtenue, le chirurgien se croyait légitimement autorisé à publier le résultat comme une réussite complète.

On voit donc que l'on ne s'était pas occupé du redressement du nez, de l'emploi du lobule médian comme partie moyenne de la lèvre ; on n'avait pas cherché à assurer la solidité des sutures, en empêchant le tiraillement des lambeaux, et à diminuer la difformité qui résulte toujours de la présence de ces sutures sur les côtés de la cicatrice.

Voici une opération qui répond à toutes ces exigences, et qui y satisfait. Déjà de nombreuses applications témoignent de son utilité ; et, afin qu'il ne reste aucun doute, aucune arrière-pensée dans l'esprit des chirurgiens, il ne sera parlé dans ce travail que des faits observés publiquement à Paris dans les services de MM. Jobert, Malgaigne, Guersent, etc. Ces faits ont acquis la valeur d'une monnaie légale, car ils ont été soumis au contrôle du public médical.

De la saillie des os incisifs. — Dans certains cas de bec-de-lièvre, la saillie des os incisifs est si considérable, qu'elle imprime à la difformité un caractère particulier ; elle multiplie les difficultés à vaincre, et elle diminue les chances de succès.

Dans cette variété, les os intermaxillaires, attachés à la cloison, sont projetés en avant, et ils portent horizontalement les dents incisives, qui sont quelquefois contournées et comme tordues sur elles-mêmes. On voit aussi le lobule moyen de la lèvre supérieure, ou attaché à ces os, et pouvant alors servir à la restauration de la lèvre, ou attaché à la pointe du nez, et, dans ce cas, utile seulement pour former la sous-cloison nasale.

Quelle que soit, du reste, la direction de ces os, dès qu'ils sont sortis de leur place, ils constituent toujours une complication grave.

On sait qu'avant Desault l'on avait déjà arraché ces os, et c'est une pratique que nous retrouverons plus tard. Nous devons nous arrêter à ce chirurgien, parce que ses successeurs sont restés fidèles à son école, et ils l'ont adoptée pour modèle.

Desault disait : « Les os maxillaires, séparés l'un de l'autre, « et par là toujours moins solidement fixés, cèdent *sans peine* à « la force qui les repousse en arrière. La portion saillante, sou- « vent presque isolée, oppose peu de résistance. » Fort de ces considérations, il essaya la pression permanente, qui lui « a constamment réussi. » Une simple bande, passant sur la portion à déprimer, et retirée fortement en arrière, lui suffisait pour faire cette compression, qu'il prolongeait plus ou moins selon la résistance des parties, et pour laquelle, ajoutait-il, « des moyens « plus efficaces pourraient sans doute être mis en usage. »

On est très-étonné, en lisant ce texte, de voir ces os céder

sans peine à la force qui les repousse, lorsque l'on sait que cette force est produite par une simple bande attachée derrière la tête. Cela paraît d'autant plus extraordinaire, que l'enfant qui sert à cette démonstration, et dont l'histoire est rapportée dans les œuvres de ce chirurgien, était âgé de cinq ans, époque à laquelle ces os et leurs adhérences ont déjà acquis une grande solidité; d'ailleurs, si cette bande suffit à ce refoulement, si elle a constamment réussi, pourquoi désirer des moyens plus efficaces?

Lorsqu'on a voulu, dans ces derniers temps, refouler ces os, en emportant un morceau triangulaire de leur pédicule, on a dû employer de forts ciseaux, et même des cisailles. En présence de telles conditions, il n'est pas possible de croire à l'exactitude des faits qui, jusqu'à présent, ont fait loi dans la pratique. Je sais que c'est presque un acte téméraire de mettre en doute aujourd'hui les assertions d'hommes aussi considérables que l'étaient Desault et Bichat; mais, sous la puissance d'une démonstration qui leur est contraire, d'une démonstration matérielle, la raison ne peut se soumettre, et l'on est obligé de dire que ces hommes éminents se sont laissé abuser par leurs résultats, et que leur erreur, aveuglément adoptée par leurs successeurs, est arrivée jusqu'à nous, sans avoir subi le contrôle de la critique.

En résumé, il est impossible de refouler par la compression les os intermaxillaires, lorsqu'ils ont contracté des adhérences osseuses avec leur pédicule, et surtout lorsqu'ayant gagné du développement, ils sont devenus plus gros que la fente palatine n'est large.

Après la première année, ce refoulement n'est plus exécutable.

Faut-il donc faire cette compression pendant cette première année? Non. Quand on pense à la douleur continue qu'elle cause à ces petits enfants, on ne peut se résoudre à l'employer. Cette douleur est bien autrement difficile à supporter que celle produite par l'opération; elle est longue, de tous les instants; elle entrave la nutrition, et elle provoque des convulsions. Les partisans de la compression avouent d'ailleurs que, pour être utile, elle doit être continuée au moins pendant trois semaines ou un mois. Qui ne sait combien de chances funestes peuvent survenir pendant un aussi long temps?

Il est nécessaire aussi de rappeler la manière dont Desault prétendait former la saillie des lèvres. Il dit:

« Le bord rafraîchi de la partie gauche est saisi de nouveau et « de la même manière que pour la résection, puis on enfonce « dans la lèvre, à une ligne de son bord libre, et à trois lignes

« de la plaie, une aiguille tenue comme une plume à écrire, et
« dirigée en arrière et de bas en haut, de manière à faire sortir
« la pointe à deux lignes au-dessus du bord libre, entre le quart
« postérieur et les trois quarts antérieurs de la lèvre.

« L'aide, sur la poitrine duquel appuie la tête du malade,
« presse très-fortement en avant les deux joues, tandis que le
« chirurgien saisissant, comme pour la résection, la portion
« droite de la lèvre, la rapproche de l'autre, enfonce dans le
« bord saignant la pointe de l'aiguille, la porte dans la même di-
« rection, et lui fait parcourir le même trajet, mais dans un
« sens inverse que du côté opposé, en sorte que la pointe vient
« sortir à l'endroit correspondant à celui où elle était entrée.
« De là résulte la forme d'un V renversé dans le trajet de l'ai-
« guille; disposition propre à pousser en bas la quantité de
« chair nécessaire à la formation du bouton que présente, dans
« l'état naturel, la partie moyenne et inférieure de la lèvre. »

On retrouve cette description dans tous les traités de médecine opératoire; elle est démontrée presque toujours avec les mêmes expressions; dans les cours d'opérations, le professeur explique comment il va faire parcourir par l'épingle un trajet sinueux, et il finit par la faire passer horizontalement à travers les chairs. C'est qu'en réalité on ne peut pas agir différemment. Si l'épingle est résistante, on lui fera parcourir dans les chairs un trajet aussi oblique qu'on le voudra, à la condition de suivre toujours la ligne droite; si elle ne résiste point, au contraire, elle se ploiera, et on ne pourra pas la faire pénétrer plus avant; et s'il était possible de former cette éminence au bord de la lèvre par un instrument dont l'action est provisoire, on ne tarderait pas à voir les chairs, obéissant à leur élasticité, revenir sur elles-mêmes, effacer la saillie et reproduire l'encochure.

Pour ne pas être accusé d'avoir interprété selon les besoins de ce travail les textes dont il est fait mention, voici dans sa totalité l'observation publiée par Bichat:

Bec-de-lièvre double. Compression de la saillie. — Marie Dehannes, âgée de cinq ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, le 7 septembre 1790, pour y être opérée d'un bec-de-lièvre double avec une saillie du bouton moyen, représenté (fig. 1, *Œuvres de Desault*, p. 207). La mastication était difficile, et, pendant la déglutition, une partie des aliments, passant dans les narines, incommodait beaucoup la malade, que l'expérience avait cependant habituée à diminuer cet inconvénient, en ne prenant à la fois qu'une petite quantité d'aliments. Les sons vocaux étaient assez distincts, mais l'habitude seule pouvait rendre intelligibles les consonnances.

Pour mettre le bouton au niveau de la lèvre, et déprimer la portion saillante des os maxillaires, on eut recours au moyen indiqué ci-dessus, qui, dès le premier jour, eut un effet très-sensible. Il fut continué pendant dix-huit jours, époque à laquelle les parties, exactement de niveau, permirent de pratiquer l'opération, qui ne présenta rien de particulier dans son exécution, et qui, quant à ses suites, offrit une réunion parfaite le dixième jour, et le rapprochement presque complet de la voûte palatine au bout d'un certain temps.

Que les praticiens recueillent leurs souvenirs ; ont-ils jamais vu, dès le *premier jour*, un effet très-sensible produit par la compression, et le dix-huitième jour, les parties être exactement de niveau ? Et ces résultats ont été observés sur un enfant de cinq ans !

Aujourd'hui la compression est presque généralement abandonnée, et deux opinions opposées dominent encore ce temps de l'opération.

Les uns arrachent les os incisifs ; les autres les conservent et les refoulent.

La conservation est faite de deux manières ; en fracturant les attaches et en les repoussant avec violence, ou en emportant avec des cisailles un morceau triangulaire du vomer et de la cloison et en les fixant aux dents molaires avec un fil d'or.

Indépendamment de ce qu'il a de brutal, le premier procédé expose à des dangers que l'on ne peut préciser ; car, n'étant pas le maître de limiter la fracture, on ignore jusqu'où elle peut s'étendre, et quels organes importants elle peut atteindre. Quelque complet que puisse être un succès, quelque grande que puisse être son authenticité, il ne peut légitimer une semblable manœuvre.

Le second procédé est moins violent que le premier ; on refoule les os lorsque l'on a emporté une partie du vomer, et lorsque l'on a taillé une place pour les loger. Ayant été arrêté par la saillie considérable de ces os, ne voulant pas les arracher, ajoutant une faible croyance à la possibilité du refoulement lent par la compression, redoutant le refoulement brusque par la fracture de l'attache de ces os, M. Blandin a cherché à les replacer dans leur position normale, en tranchant la difficulté. Cet habile chirurgien a basé son opération sur ce que la cloison des fosses nasales, déplacée en avant dans ce vice de conformation, est le véritable pédicule des os intermaxillaires et le seul obstacle à leur refoulement ; dans ce cas, la sous-cloison a pris un plus grand développement dans le sens antéro-postérieur. « La pointe de la

« section en V, que nous pratiquons, dit M. Blandin, doit s'a-
« vancer très-haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison du
« nez, et atteindre jusqu'au dos de cette partie, de manière à
« parfaitement assurer la mobilité de la saillie osseuse et son
« entier refoulement en arrière : il est bien entendu qu'on doit
« proportionner la grandeur de la pièce, qu'on emporte dans la
« cloison, à l'étendue dont doivent rétrograder les os inter-
« maxillaires, pour se remettre en ligne avec les parties conti-
« guës de l'arcade.

« Après la résection, le tubercule médian du palais et celui de
« la lèvre, devenus mobiles, cèdent à la plus légère pression, et
« se laissent refouler au degré convenable ; ou une simple ban-
« delette de diachylon, appliquée sur la lèvre supérieure, suffit
« pour les retenir.

« Si les dents incisives n'avaient pas repris leur rang, il fau-
« drait les y faire rentrer en les fixant aux molaires voisines avec
« des fils d'or ou d'argent, ce qui veut dire que, pour opérer,
« on doit attendre l'éruption de ces dents, ou l'âge de deux ans.

« Les deux seuls accidents, dont la crainte se présente d'abord
« à l'esprit, ne sont pas sérieux ni même réels ; l'écoulement
« sanguin est insignifiant et le tubercule osseux ne se nécrose
« point ; il se réunit, au contraire, parfaitement. »

Cette dernière assertion ne repose sur aucune preuve : long-temps après l'opération, ces os étaient encore mobiles ; ce qu'il y a de vrai, c'est que l'on ne peut pas opérer les très-jeunes enfants ; il faut attendre les dents molaires, qui doivent servir de point d'appui aux incisives, et l'on reste dans le doute sur ce qui adviendra des intermaxillaires.

Quel avantage peut donc avoir cette méthode sur l'arrachement ? Elle n'est pas plus rapide ; car la section d'un morceau de la sous-cloison est plus longue et plus difficile à faire que l'arrachement, et elle n'est pas moins douloureuse.

M. Debrou a modifié la méthode de M. Blandin en avivant les bords de la double fente osseuse, comme on le fait aux parties molles.

« J'ai avivé, dit M. Debrou, les bords osseux tout aussi bien
« que les bords charnus, avant de porter en arrière le tubercule
« intermaxillaire. Cette conduite n'ayant point été suivie par
« M. Blandin, et n'ayant été nulle part conseillée, j'ai besoin
« de l'appuyer de quelques motifs. Je dirai d'abord que j'ai sim-
« plement cherché à rendre les quatre bords osseux correspon-
« dants saignants et vifs ; mais supposons que j'aie enlevé toute
« la muqueuse qui leur sert de périoste jusqu'au tissu osseux,

« est-ce à dire pour cela que l'on doive craindre soit une carie,
« soit une nécrose, soit une inflammation des surfaces osseuses
« mises à nu ? Je pense qu'il n'en saurait être ainsi pour les os
« si spongieux, si vasculaires, et dans un âge si tendre ; mais que
« plutôt, si un travail doit s'établir, ce sera un travail d'union et
« de cicatrice, comme entre les deux bouts d'un os fracturé. »

Ce procédé est applicable aux très-jeunes enfants, lorsque la fente palatine n'a pas encore perdu de sa largeur, et lorsque les os incisifs n'ont pas encore acquis du développement. Dans ce cas, il suffit de couper les membranes muqueuses correspondantes, et l'on obtiendra des surfaces vives, qui seront dans de bonnes conditions pour se souder entre elles. En sera-t-il de même plus tard, lorsque les os maxillaires, s'étant rapprochés, auront diminué la fente du palais, et lorsque les os incisifs auront gagné de l'ampleur ?

Je sais que l'on propose la résection des bords latéraux des os déviés ; mais cette proposition est encore théorique. Qui ne voit que les efforts nécessaires, imprimés aux cisailles, pour couper deux morceaux d'os, produiront la fracture du pédicule ; fracture dont il sera impossible de limiter l'étendue ; fracture qui donne à ce procédé tous les inconvénients attachés au refoulement violent ?

On a formulé contre l'arrachement un reproche qui remonte à Desault, et qui repose sur un seul fait que nous rapportons en entier ; on s'est successivement transmis ce reproche, sans examiner le fait qui y a donné lieu, et tout le monde a rejeté l'arrachement, en s'étayant du texte de ce grand chirurgien.

Bec-de-lièvre double (observation de Desault). Desault fut consulté un jour pour un enfant qui portait une difformité semblable ; une éminence osseuse, séparée par une double fente des os maxillaires, faisait en devant une saillie qui rendait impossible l'opération. L'expérience n'avait point encore éclairé Desault, qui emporta, suivant la méthode ordinaire, toute la portion osseuse saillante. De là résulta une très-grande fente, que le rapprochement des os maxillaires diminua peu à peu après l'opération. Au bout de trois mois elle avait disparu, ne laissant qu'une légère trace de son existence ; mais le diamètre transversal de la mâchoire supérieure, diminué de toute la largeur du bouton saillant, ne correspondit plus à celui de la mâchoire inférieure, et il survint ce que l'on observe souvent chez les vieillards, l'emboîtement, très-incommode pour la mastication, de la première dans la seconde mâchoire. Cet inconvénient, résultat évident d'une perte de substance dans les os maxillaires supérieurs, changea

sur ce point la pratique de Desault, et dès lors il conçut que si, par une compression préliminaire, on pouvait rétablir le niveau perdu de la portion saillante, on aurait le double avantage d'éviter une douleur toujours fâcheuse, et une incommodité plus fâcheuse encore.

Voilà donc le fait, le seul fait sur lequel repose l'éloignement de Desault et de son école pour l'arrachement des os incisifs, c'est l'emboîtement de la mâchoire supérieure dans l'inférieure.

D'abord, pour que l'objection ait quelque fondement, il faut que la difformité soit compliquée de la fente de toute la voûte palatine; car si la voûte osseuse est complète, il ne se fera aucun mouvement de rapprochement entre les maxillaires. Voilà une variété qui échappe à la loi posée par Desault, et nulle part on n'a mentionné cette exception.

Supposons le fait le plus favorable à la doctrine que nous combattons, et admettons la voûte entièrement divisée. Si le rapprochement des maxillaires a lieu parallèlement, les os incisifs n'exercent aucune influence sur ce mouvement, et c'est de cette façon que le rapprochement se fait. Selon Desault, ces os se rapprocheraient par leur circonférence, et leur point de jonction à l'arcade alvéolaire deviendrait le sommet d'un triangle, dont la base serait aux dernières molaires. En admettant toujours les idées de Desault, le contraire devrait être produit en refoulant les os incisifs qui, agissant à la manière d'un coin, élargiraient le sommet en rétrécissant la base; et, dans cette hypothèse, ce seraient les dents molaires qui seraient emboîtées dans la mâchoire inférieure, et non pas les bords antérieurs des mâchoires. Ces variétés, au reste, n'ont pas été observées, et comme résultat de l'opération, elles sont seulement théoriques et [illegible].

Cependant le sujet de l'opération qui est décrite ici a eu la mâchoire enclavée.

Il existe des sujets qui apportent cette disposition en naissant, sans être atteints de bec-de-lièvre, et qu'on nomme vulgairement menton en galoche, en ganache; selon toutes les probabilités, le malade était dans de telles conditions.

En résumé, le refoulement par la compression n'est possible que dans le très-jeune âge, et la gêne et les douleurs qu'il détermine ne balancent pas ses résultats souvent incertains. Le refoulement violent par fracture expose à de graves accidents, et l'on ne sait pas positivement quelles ont été les suites permanentes du très-petit nombre de fois qu'il a été exécuté. Le refoulement par résection de la sous-cloison n'a pas donné des résultats immédiats très-avantageux, puisque, longtemps après l'opération, les

os étaient mobiles, que des liens en fil d'or étaient nécessaires pour les maintenir en place ; et qu'aujourd'hui, deux ans après l'opération, on n'a sur ces malades aucuns renseignements certains. Enfin, répondit-il à toutes les espérances que l'on en a conçues, il ne serait applicable qu'après l'apparition des dents molaires, ce qui exclueruit encore les très-jeunes enfants.

La modification de M. Debrou n'est possible que lorsque les os n'ont pas acquis de solidité; sinon, en réséquant les morceaux latéraux, on s'expose à fracturer le pédicule.

De tous ces faits, on doit conclure à l'arrachement, comme premier temps de l'opération, et à la continuation immédiate des autres manœuvres.

Opération. — Il faut d'abord détacher le lobule médian, de manière à le rendre entièrement libre : ensuite, prenant les os incisifs avec un davier, on leur imprime un mouvement de torsion, et on les arrache, en même temps que l'on coupe les quelques parties molles qui entourent ces os et les retiennent encore.

Les lambeaux de la lèvre sont successivement soulevés avec des pinces à dents, et par une dissection faite avec le bistouri, on les détache des os maxillaires, en ayant soin de porter la dissection jusque dans la fosse canine.

Il est surtout important de détacher *en totalité* les ailes et la sous-cloison du nez. C'est un des temps les plus difficiles de l'opération, parce que les tissus adhérents sont durs au point de faire penser que l'on coupe dans des cicatrices. Lorsque tous ces tissus sont complétement détachés, et lorsque ces parties molles n'opposent plus de résistance, on fait passer à travers le nez, et derrière les ailes, une longue épingle qui doit servir à relever cet organe ; deux petits morceaux de liége, posés contre les ailes, servent de point d'appui à l'aiguille, de sorte que, en la pliant contre les morceaux de liége, le nez est pressé latéralement, les surfaces internes des narines sont rapprochées, et aussitôt l'organe tout entier reprend sa saillie naturelle. On a donc obtenu, par cette première manœuvre, le redressement du nez, le rapprochement des bords de la lèvre, et, ce qui est très-important, on a créé un point d'appui fixe et solide, qui, s'opposant à l'écartement des lambeaux, les protége contre la contraction musculaire, et les garantit de toute déchirure que les fils peuvent produire.

Il faut ensuite s'occuper du lobule médian : dans ces complications si variées du bec-de-lièvre, on voit toujours, attaché aux os qui forment la saillie, un tubercule charnu, dont les dimensions variables nécessitent des modifications dans l'opération. Après en avoir ébarbé les bords libres, tout en ayant soin de lui

faire subir une perte de substance la plus petite possible, on plonge d'avant en arrière la pointe d'un petit bistouri, près de son bord inférieur, et l'on continue l'incision jusque dans la narine, d'où l'on détache le petit lambeau restant adhérent au bord inférieur. La même manœuvre est répétée sur l'autre côté, et l'on obtient ainsi deux petites languettes que l'on fait basculer de haut en bas et que l'on réunit sur la ligne médiane, où on les fixe par une suture. On a de la sorte doublé la longueur de ce lobule, qui doit former la partie moyenne de la lèvre.

Enfin on procède à l'avivement des bords des deux portions latérales de la lèvre ; puis après avoir, autant que possible, débarrassé les surfaces saignantes des caillots qui les recouvrent, on commence à passer les sutures.

Des sutures. — La suture entortillée est encore aujourd'hui généralement employée dans cette opération ; cependant, tous les chirurgiens avouent que des traces indélébiles sont les conséquences constantes de cette méthode. Non-seulement on voit pendant toute la vie la trace des trous par où les épingles ont passé, mais on ne peut le plus souvent faire disparaître les sillons creusés dans la peau par l'entrecroisement des fils : sans doute, sur toute autre région du corps, cette cicatrice a peu d'importance, mais sur la figure et sur la lèvre, il n'est pas indifférent de laisser, après une opération, le moins de traces possible. Cependant, dans certaines circonstances, lorsqu'il est nécessaire d'avoir un point d'appui très-solide, un seul point de suture entortillée devient indispensable, et pour cette opération, par exemple, c'est lorsque le bec-de-lièvre est compliqué d'un lobule médian : alors il est nécessaire de passer une épingle d'un lambeau à l'autre de la lèvre, en traversant toute l'épaisseur du lobule médian. Dans ce cas, et dans ce cas seulement, il faut se résoudre à faire ce seul point de suture entortillée.

C'est à la suture entrecoupée qu'il faut donner la préférence, comme méthode générale : on comprendra que les objections qui lui ont été opposées tombent aujourd'hui devant cette nouvelle opération. On reprochait à cette suture de ne pas être assez puissante pour lutter contre le tiraillement de la lèvre, et de déchirer trop facilement les tissus qu'elle étreignait : l'aiguille, passée à travers la base du nez, a créé une force qui annule la contraction des muscles de la lèvre, et qui empêche l'écartement des lambeaux ; on est donc à l'abri des déchirures si redoutées, et l'on peut, en toute assurance, se borner à l'emploi d'un simple fil. Les points de suture entrecoupée doivent être placés en plus grand nombre que les points de suture entortillée, parce que,

quelques heures après l'opération, les lambeaux s'engorgent, se gonflent, et les espaces qui restent libres entre les fils forment autant d'éminences, qui soulèvent les bords de la peau et empêchent son agglutination.

Lorsque les divers éléments constituant la lèvre sont rapprochés et maintenus par l'épingle qui a traversé le lobule médian, on peut agir avec soin, avec délicatesse, pour enlever les sutures, parce que l'on n'a plus à lutter contre l'écartement des lambeaux; c'est alors que l'on doit avoir comme but, non seulement l'adhérence des tissus, mais encore de laisser le moins de signes possible de la restauration. Avant, donc, que de fermer le nœud de chaque fil, il faut placer immédiatement sur la peau un petit bourdonnet d'ouate sur lequel on doit fermer la ligature; et l'on évite par cette petite précaution l'empreinte du fil sur la peau. Ces points de suture doivent être enlevés du troisième au quatrième jour; corps étrangers, ils développent dans l'épaisseur des tissus une inflammation qui peut passer à l'état de suppuration, et, malgré le traitement le plus actif, on n'est quelquefois plus le maître de maintenir cette inflammation dans les limites favorables à l'agglutination; c'est alors que l'on voit apparaître quelques gouttelettes de pus, signalant des désordres qui se préparent profondément, et qui ne tarderont pas à se faire jour à la surface.

Les dangers auxquels sont exposés les lambeaux de la peau, lorsqu'ils ont subi des déplacements, exigent des soins persévérants, attentifs et qui doivent surtout concourir à entretenir les fonctions physiologiques. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, la sécrétion de cette partie de la peau est très-irrégulière, et quelquefois même elle est entièrement arrêtée; dans ce cas, il s'est formé une petite croûte grisâtre recouvrant la surface épidermique et empêchant toute exhalation. J'ai vu quelquefois les lambeaux dans un tel état de turgescence, qu'ils étaient bleuâtres et comme frappés d'une asphyxie locale partielle. Ce caractère de gravité exige impérieusement des mouchetures avec la pointe d'une lancette, afin d'évacuer le sang dont ils sont gorgés. C'est alors que, si l'on n'a pas de suite fait sortir le sang qui les étouffait, la période suppurative se développe, et l'on voit bientôt les sutures déchirer les tissus, l'agglutination commencée être anéantie, et s'écrouler l'édifice que l'on avait élevé au prix de tant de douleurs pour le malade, et de tant de peines et d'inquiétudes pour le chirurgien. Les lambeaux doivent être lavés avec une petite éponge trempée dans l'eau de savon, afin de détacher la pellicule grisâtre qui les recouvre; il faut

répéter ces ablutions deux ou trois fois chaque jour, et l'on voit alors les lambeaux devenir de couleur rosée, luisants comme si une légère couche de vernis les recouvrait, et enfin ils deviennent humides et ils sont humectés d'une faible sueur. Une fois cet état obtenu, on est rassuré sur leur existence.

Il est nécessaire aussi de prendre quelques précautions lorsqu'on doit enlever les fils imbibés de sang et de lymphe plastique desséchés ; ces fils, dont le volume a augmenté, sont collés solidement aux ouvertures de la peau ; de sorte que, si, pour les extraire, on se borne à couper un de leurs bouts, on compromettra la solidité de la cicatrice par les efforts qu'il faut faire pour les retirer. On évite ce danger en les mouillant ; puis on soulève avec les pinces l'anse qui recouvre la peau, et on la coupe tout près de l'ouverture afin de diminuer le plus possible le trajet à parcourir.

Les bandelettes agglutinatives, si généralement employées, doivent être repoussées de la pratique dans ce cas particulier. Elles sont inutiles, si les points de suture sont à l'abri des tiraillements des lambeaux ; et elles ne peuvent rien contre ces tiraillements, lorsque l'on n'a pas su s'en rendre maître. Lorsqu'on les enlève pour changer les pansements, elles laissent toujours sur la peau une partie de la couche emplastique, matière grasse qui adhère fortement à l'épiderme, se dessèche et forme des croûtes sous lesquelles on peut juger de l'état de la peau. Si l'on a opéré un sujet lymphatique, dont la peau est mince et transparente, on voit bientôt cette matière grasse l'irriter et provoquer le développement d'une inflammation particulière, dont les phases se déroulent lentement et sans symptômes alarmants. Lorsqu'on lève l'appareil, on voit des ulcérations qui ont sécrété un pus blanchâtre, en petite quantité, très-filant, et attaché à l'emplâtre que l'on vient de détacher. Ces ulcérations sont presque toujours blafardes ; elles ont les bords arrondis et sans rougeur ; elles guérissent très-difficilement et augmentent d'étendue par l'application des cataplasmes émollients. Elles ne cèdent qu'à l'acétate de plomb ou à la teinture de cantharides. Ces bandelettes, dont l'usage est consacré par le temps, sont encore employées par les chirurgiens qui en ont cependant reconnu l'abus, qui ont eu à déplorer des accidents, soit en luttant contre des érisypèles, soit en combattant les ulcérations dont elles sont l'unique cause : telle est la puissance des anciennes traditions.

Le choix des aiguilles n'est pas indifférent : on voit encore employer des aiguilles dont la pointe, très-mince, augmente de volume jusqu'à l'extrémité percée d'un large trou et armée d'un

fil. On force alors à passer dans les tissus une aiguille beaucoup plus grosse que l'ouverture qu'elle doit franchir : cette manœuvre ne peut être faite sans violence, et c'est parce qu'ils ont rencontré une grande résistance, que les opérateurs ont imaginé un instrument porte-aiguille qui permet l'emploi d'une plus grande force. Cette difficulté peut être aisément surmontée, si l'on veut employer des aiguilles, dont la pointe, terminée en fer de lance, est un peu plus large que son extrémité opposée : il sera facile alors de faire pénétrer un instrument, sans frottement, dans une ouverture égale au volume du corps qui doit la traverser. Ces aiguilles étaient déjà employées à l'époque de Desault, et l'on ne comprend pas pourquoi on les a abandonnées.

Le bandage unissant, que quelques chirurgiens appliquent encore aujourd'hui après l'opération, est inutile ; ces bandages tourmentent beaucoup les petits malades, provoquent leurs cris, et exposent les tissus à être déchirés. On a conseillé de donner des narcotiques pour apaiser les cris des petits opérés ; cette pratique est dangereuse ; les narcotiques les plus faibles peuvent être funestes ; on a vu le sirop de pavot, en petite quantité, produire des accidents cérébraux fort graves.

Une fois l'opération terminée, il faut laisser la plaie à l'air, et, autant que possible, donner le sein à l'enfant.

A quelle époque de la vie faut-il opérer ? — Un grand nombre de chirurgiens, et des plus considérables, veulent qu'on attende l'âge de quatre ou cinq ans ; d'autres pensent qu'on doit opérer beaucoup plus tôt.

Dans le très-jeune âge, la soudure des lambeaux est très-rapide, parce que les tissus sont très-riches en vaisseaux sanguins. Les enfants plus âgés deviennent mutins ; ils prévoient la douleur, la redoutent, et n'ont pas assez de vouloir pour la supporter en faveur du résultat ; l'opération est alors très-difficile à faire.

L'hémorrhagie pendant l'opération ne peut jamais être un embarras pour un opérateur ; d'ailleurs, un aide intelligent peut maîtriser le cours du sang en comprimant les artères faciales sur les branches de la mâchoire. Et quant à l'hémorrhagie après l'opération, elle n'est pas possible, si l'on a soin d'enfermer toute l'épaisseur de la lèvre dans les sutures.

La grande sécabilité des tissus est un fait imaginaire, et, ce qui le prouve, c'est que, pour couper ces tissus, les chirurgiens ont trouvé trop petits, trop faibles, les ciseaux dont on se sert communément dans la pratique, et ils ont imaginé de fort gros ciseaux, spécialement destinés à cette opération. Ces tissus ont

une si grande résistance, que, pour faire passer des épingles dans leur épaisseur, il a fallu créer un porte-aiguille, au moyen duquel la main exerce une plus grande action, et permet de les faire entrer sans les déformer.

Si les enfants sont faibles, chétifs, c'est la difficulté de les nourrir avec cette difformité qui les met dans un tel état, tandis que, l'opération étant terminée, on peut leur donner le sein, ou les nourrir au biberon. Si les enfants sont malades, il est sage, il est prudent de ne pas les opérer.

Des considérations physiologiques, des besoins d'éducation, et des exigences sociales, militent encore en faveur de l'opération immédiate : il est démontré que la réunion des lèvres agit sur les mâchoires et diminue leur écartement ; les enfants qui portent cette difformité peuvent difficilement apprendre à parler. Dans une famille aisée, une telle difformité est un malheur qui frappe la mère aussi bien que l'enfant ; sans cesse sa peine est ravivée par la comparaison qu'elle fait avec d'autres enfants.

Telles sont les raisons qui déterminent les partisans de l'opération immédiate à perdre le moins de temps possible.

J'ai opéré un enfant âgé de trente-huit heures ; l'alimentation a pu être continuée immédiatement après. Je dois donner quelques détails sur cet enfant, parce qu'ayant rencontré une variété dans la difformité, j'ai dû modifier l'opération dans le moment même où je m'en suis aperçu en disséquant mes lambeaux.

Ce petit enfant, qui venait de naître, portait un bec-de-lièvre compliqué de la fente palatine, avec un grand écartement des os maxillaires. Le nez, largement aplati, était en partie enfoncé dans la fente du palais. Après avoir largement disséqué les lèvres et les joues, je vis que le maxillaire supérieur gauche, moins développé que celui du côté droit, avait subi un léger mouvement de torsion, de sorte que, la lèvre étant détachée, elle ne rencontrait plus un point d'appui assez solide et elle s'affaissait d'une manière assez disgracieuse pour me faire craindre un résultat fort incomplet. Je pensai de suite à ne rien sacrifier des matériaux que j'avais sous la main, et à les utiliser, en les plaçant de manière à former un bourrelet derrière la lèvre et à lui servir d'appui. Je traçai donc mes deux incisions de haut en bas, et j'arrêtai le bistouri à deux lignes du bord libre de la lèvre, de sorte que j'eus ainsi deux languettes de cinq à six lignes de largeur, et de toute l'épaisseur de la lèvre. Elles furent refoulées en arrière, et, après avoir placé la grande aiguille à travers le nez, et réuni les lambeaux à l'aide de la suture simple, je fis passer, au moyen d'une aiguille courbe, un morceau de fil qui étrei-

gnit dans son anse les deux petites languettes et les deux parties de là lèvre.

Ces deux languettes forment aujourd'hui un coussinet qui soutient la lèvre et dissimule très-bien l'absence de la saillie osseuse. Trois semaines après l'opération, on a pu constater la diminution de plus d'un tiers dans la fente palatine.

Les détails dans lesquels nous sommes entré pourront paraître superflus, minutieux, voire même inutiles, à ceux qui estiment la rapidité d'exécution comme le principal mérite d'un opérateur. C'est une grave erreur ; la chirurgie plastique, la chirurgie de conservation a d'autres exigences. Dans ces cas, ce n'est pas seulement la gêne que la difformité apporte aux fonctions, c'est son aspect disgracieux surtout, qui fait réclamer l'opération. Il faut, en outre, se bien persuader qu'il ne suffit pas de réunir les tissus séparés ; mais qu'il faut encore reconstruire un organe, et lui donner une forme la moins irrégulière possible. Lorsqu'il s'agit d'une femme, le résultat n'est certes pas indifférent ; car il peut être pour elle la cause de mécomptes qui laisseront leur empreinte sur sa vie entière. Les succès que l'on peut obtenir par les opérations plastiques sont dus autant aux pansements qu'aux procédés opératoires ; ces deux ordres de moyens sont solidaires : c'est souvent par les premiers que l'on ramène dans une meilleure position des lambeaux incomplétement attachés par l'opération. Il faut donc se sentir une grande patience pour suivre les diverses phases des nombreux pansements que ce traitement exige, et il faut renoncer à pratiquer l'autoplastie, si l'on ne peut pas se soumettre à ses impérieuses exigences.

Sur un reflet lumineux de l'œil humain, et sur son application au diagnostic des maladies de la rétine et du fond de l'œil; par William Cumming.

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

L'aspect lumineux des yeux des chats, des chiens, des lapins, des bœufs, des moutons et d'autres animaux, est connu depuis longtemps ; et a été rapporté à la réflexion de la lumière par le tapis qu'ils offrent au fond de l'œil ; on peut en rapprocher la réflexion qui se fait dans les yeux des albinos, ou bien encore quand la rétine est le siége de dépôts morbides ou a subi d'autres altérations ; et, enfin, chez les sujets non albinos, lorsqu'il y a absence du pigmentum.

Müller, dans un paragraphe sur le développement de lumière dans les animaux supérieurs, dit :

« L'aspect lumineux des yeux de quelques animaux provient

de la réflexion de la lumière par un tapis brillant et dénué de pigmentum ; c'est pour cela que l'œil du lapin est spécialement brillant, et que les yeux de l'albinos Sachs étaient, selon ce qu'on rapporte, lumineux. Prévost a été le premier à expliquer ce phénomène ; il a montré qu'il ne se produit jamais dans une complète obscurité, qu'il ne dépend ni de la volonté ni des passions ; et qu'il est l'effet de la réflexion de la lumière projetée dans l'œil du dehors. »

Beer a décrit une réflexion particulière de l'œil qui s'observe dans quelques cas d'amaurose. L'amaurose *œil-de-chat*, selon lui, se rencontre toujours chez des sujets vieux, amaigris, à cheveux grisonnants, ou chez des sujets jeunes maladifs. Quand la vue est perdue, on aperçoit dans l'œil une opacité concave, gris-pâle, jaunâtre et luisante, ou rougeâtre et bigarrée. Dans un lieu à demi-éclairé, un œil dans cet état offre un reflet lumineux, jaunâtre ou rougeâtre, mais seulement dans certaines positions de la pupille ; c'est de là que Beer a appelé cette amaurose *œil-de-chat*. Le désordre n'est accompagné d'aucun autre phénomène morbide essentiel, excepté l'affaiblissement de la vision ou la cécité complète.

Tyrell a fait mention d'un reflet métallique brillant, qu'on aperçoit à travers la pupille dans quelques cas d'amaurose.

J'ai observé récemment, dit-il, que le reflet métallique existe à un degré plus ou moins prononcé dans un grand nombre de cas d'amaurose organique ; mais on le découvre rarement, à moins qu'on n'en fasse une recherche spéciale. Nous l'avons rencontré dans des cas d'amaurose incomplète, aussi bien que dans ceux où la vision était complétement perdue. Chez quelques sujets, il y avait eu des mouches et des bluettes ou étincelles, indice d'une affection de la choroïde ou de la rétine ; mais chez d'autres, la vision s'était abolie par degrés, sans symptômes particuliers ni douleur. »

Ces citations montrent bien des cas dans lesquels on a observé un reflet dans le fond de l'œil humain ; mais il n'y est nullement question d'un reflet de ce genre dans des yeux humains sains et bien conformés ; et je n'ai trouvé ni ouï citer aucun auteur qui ait rien décrit de semblable. L'objet de ce Mémoire est de faire voir que l'œil de l'homme, dans l'état sain, est aussi lumineux, ou à peu de chose près, que l'œil du chat, du chien, etc., quand on l'observe dans des circonstances favorables, et de montrer comment la présence ou l'absence de cette *luminosité* peut servir au diagnostic des altérations de la rétine et du fond de l'œil.

Le reflet du fond de l'œil humain peut être constaté de la manière suivante :

Placez le sujet à la distance de dix ou douze pieds d'un bec de gaz ou d'une autre lumière brillante, en sorte que les rayons lumineux lui arrivent directement sur la face ; tous les rayons passant sur les côtés de la tête doivent être interceptés par un écran placé à égale distance de la lumière et de l'œil soumis à l'examen. Si la réflexion est vive et brillante, on l'apercevra à l'instant d'un point situé entre la lumière et l'écran.

Les observations suivantes ont été faites dans deux chambres, dans l'une desquelles était un bec de gaz, l'autre étant complétement obscure. Le sujet était placé dans la chambre obscure, à cinq pieds d'une porte demi-fermée qui s'ouvrait dans cette chambre ; il faisait face à la lumière, située de même à quatre ou cinq pieds de la porte.

La manifestation de la réflexion était, dans la plupart des cas, extrêmement brillante, lorsqu'on se plaçait pour l'observer entre la porte et la lumière. Dans quelques cas, elle apparaissait aussi promptement avec la porte largement ouverte ; dans d'autres, on ne l'apercevait qu'avec une grande difficulté, et seulement avec la précaution d'intercepter soigneusement tous les rayons qui tombaient sur les côtés de l'iris, avec la porte d'un côté et la main ou un livre de l'autre. Le reflet était toujours plus facile à voir et plus brillant quand l'œil était tourné un peu de côté, de façon que les rayons lumineux traversassent obliquement la pupille. Si l'observateur passait de l'autre côté de la porte, la difficulté était plus grande ; et il était alors nécessaire de faire tourner l'œil de côté, et d'intercepter avec la main tous les rayons, hormis ceux qui arrivaient directement à l'œil. Avec cette précaution, le reflet peut être vu distinctement à une distance de huit pouces.

Dans la majorité des cas, toutefois, on peut l'apercevoir de la manière suivante :

Placez le sujet assis ou debout à huit ou dix pieds d'un bec de gaz, et qu'il regarde un peu de côté ; l'observateur, debout près de la lumière, n'a qu'à s'approcher aussi près que possible de la ligne directe allant du bec de gaz à l'œil, pour apercevoir à l'instant le reflet. Ou bien, dans une chambre obscure, une bougie étant placée à quatre ou cinq pieds de l'œil, il suffira, dans beaucoup de cas, de s'approcher de la ligne directe allant de l'un à l'autre pour voir immédiatement le reflet. Enfin, si l'on admet la lumière solaire dans une chambre obscure à travers un volet presque fermé, le sujet se tenant debout à cinq ou six pieds de

l'ouverture, l'observateur occupant la position déjà indiquée, la luminosité pourra encore être aperçue, pourvu que la pupille soit convenablement dilatée.

Telles sont donc les conditions nécessaires pour apercevoir le reflet lumineux : 1° que l'œil soit à quelque distance de la source de la lumière, et à une distance qui augmente en proportion de l'intensité de la lumière ; 2° que les rayons lumineux répandus autour du sujet (et quelquefois autour de l'œil même) soient interceptés ; 3° que l'observateur soit placé aussi près que possible de la ligne directement étendue de la lumière à l'œil examiné ; de là, en certains cas, pour l'observateur, la nécessité de se pencher obliquement, afin que son œil se rapproche le plus de cette ligne.

Le reflet lui-même ne varie pas seulement beaucoup en couleur et en intensité selon les sujets, mais aussi selon les conditions dans lesquelles on le recherche, savoir : l'intensité plus ou moins grande de la lumière, la position de l'œil examiné, et la distance à laquelle on l'observe.

Quand la réflexion se fait sous l'influence d'une lumière faible, comme celle d'une bougie ou d'une petite quantité de rayons solaires, on observe une lueur d'un rouge sombre, procédant évidemment du fond de l'œil, et qui, bien que non distinctement concave, apporte toutefois une idée de concavité. Le caractère du reflet, ainsi obtenu par une faible lumière à la distance de deux ou trois pieds, est très-uniforme, et ne présente pas de notables variétés de couleur.

Quand l'œil reçoit les rayons d'une lumière vive et éclatante, à dix pieds de distance, et que l'observateur se place près de la lumière, la réflexion est alors extrêmement brillante, et présente un éclat métallique qui varie de la nuance de l'argent ou de l'or à une teinte rouge décidée ; cette dernière est la plus ordinaire. Le reflet, vu à cette distance, éprouve quelquefois un changement distinct, passant subitement de la teinte cuivre ou rouge à la teinte de l'argent ; ce qui résulte parfois d'un léger mouvement de l'œil, mais ce qui arrive aussi assez souvent sans aucun mouvement appréciable.

Bien que le reflet soit plus facile à voir à travers une pupille dilatée, son éclat ne dépend point de cette circonstance. Sur deux yeux ayant des pupilles d'un égal diamètre, l'intensité de la réflexion varie souvent beaucoup. Dans un cas où le reflet paraissait fort obscur, et où la pupille était étroite, on instilla de l'atropine dans l'œil ; et, bien que la luminosité eût augmenté d'étendue, elle garda toujours la même teinte obscure. La plus

grande facilité que l'on éprouve à apercevoir le reflet, quand l'œil est dirigé un peu en dehors de la lumière, paraît dépendre de l'élargissement plus considérable de la pupille.

En approchant à quelques pouces de l'œil, le reflet cesse d'être aperçu, attendu que, avant que notre œil puisse arriver dans la ligne des rayons réfléchis, les rayons incidents se trouvent interceptés. En plaçant devant l'œil examiné une carte noire avec une ouverture de l'étendue de l'iris, on observe que l'intensité du reflet est un peu diminuée.

Sur les yeux dont le cristallin avait été extrait, la réflexion avait été indistincte à une certaine distance; on la rendait un peu plus nette à l'aide d'une lentille bi-convexe placée devant l'œil examiné; mais. à deux ou trois pieds de distance, le reflet était aussi sensible que sur les yeux munis de leur cristallin.

Parmi les cas que j'ai examinés, j'ai noté indistinctement les caractères de la luminosité sur vingt sujets jouissant d'une bonne vue sous tous les rapports, et dont l'âge variait de six mois à soixante ans. Dans seize cas, le reflet était clair et très-évident; dans quatre cas, faible et difficile à apercevoir; une fois même on ne l'aperçut pas du tout; dans ce dernier cas, les pupilles demeuraient étroites dans l'obscurité. Si ces faits sont confirmés par d'autres observateurs, on pourra en conclure que tout œil, doué d'une pupille convenablement ouverte, doit présenter cette réflexion lumineuse dans l'état normal.

Après avoir ainsi exposé le caractère de cette réflexion et la manière de la constater, recherchons son origine et sa cause.

La rétine sur l'œil vivant est un milieu parfaitement transparent, en contact avec la choroïde et le corps vitré. La transparence de la rétine, toutefois, n'est pas une preuve qu'elle ne réfléchisse pas elle-même plusieurs des rayons lumineux qui viennent se peindre sur elle, bien qu'elle livre passage au plus grand nombre; la transparence d'un tissu étant tout à fait conciliable avec une réflexion considérable, bien que repoussant l'absorption des rayons lumineux; et cette réflexion serait encore favorisée par la position de la choroïde. La formation des images sur la rétine, reconnue de tout le monde, est la meilleure preuve de son pouvoir réflecteur.

D'après ces considérations, attendu l'existence d'un plexus vasculaire formant la couche antérieure de la rétine, la choroïde avec son pigment me paraissant d'ailleurs trop noire pour donner lieu à une telle réflexion, ma première impression fut que la rétine était la surface réfléchissante.

Toutefois, M. Bowman m'ayant fait penser qu'il était plus

probable que la choroïde avec son pigment était l'agent réflecteur, je cherchai à m'en assurer par quelques expériences. On connaît du reste la couleur brune-rougeâtre du pigment de la choroïde : M. Hunter a clairement et complétement indiqué les variétés de couleur plus ou moins foncée de ce pigment. Entièrement ou presque entièrement absent chez l'albinos, il offre une légère teinte brune ou fauve chez les sujets blonds ; tandis que, chez les sujets de complexion brune, il est noir en proportion, semblant ainsi s'accorder avec la coloration du réseau muqueux sous-cutané, et se montrant toujours plus noir chez les mulâtres et chez les nègres.

Le brillant du reflet lumineux dans les yeux sains semble être en proportion de la couleur plus claire du pigment. Ce reflet est si évident, chez l'albinos, qu'à la lumière ordinaire du jour les pupilles présentent un aspect rougeâtre. En plaçant un albinos adulte à dix ou douze pieds d'un bec de gaz, la réflexion fut extrêmement vive et d'une couleur plus rouge que de coutume ; la lumière transmise entre la choroïde et l'iris augmentait évidemment l'effet. En plaçant tout près de l'œil une carte noire percée d'un trou un peu plus grand que la pupille, la réflexion était à peine plus brillante que celle de l'œil d'un sujet blond examiné obliquement, mais elle était d'une couleur rouge plus décidée.

Chez les sujets blonds à iris bleus ou gris, le reflet est généralement plus brillant et plus facile à apercevoir que chez ceux à peau brune et à iris noir. Chez le mulâtre, il est également sombre ; mais ici, comme chez les sujets de complexion brune, on voit souvent un reflet argenté, dû très-probablement à la rétine. Chez l'albinos, la réflexion produite par la choroïde vasculaire est plus brillante et d'une teinte plus claire ; et, en proportion de la noirceur du pigment, elle diminue d'éclat et prend une teinte plus sombre.

On exposa à une lumière concentrée, à l'aide d'une lentille, le segment postérieur d'un œil muni du pigment brun ordinaire, et l'on observa un reflet rouge-brunâtre d'un éclat métallique.

En expérimentant sur un œil détaché, le côté du nerf optique tourné vers la lumière, et en regardant à travers la pupille, j'ai trouvé que la lumière traversait la choroïde avec une couleur rouge brillante, précisément semblable à celle qui est réfléchie pendant la vie. Sur sept autres yeux, tirés de différents sujets, la choroïde laissa passer cette même lumière rouge. Ces expériences, sur des yeux pris au hasard, ne laissent aucun doute que ce soit là un phénomène commun à l'œil humain. Quelques

mois auparavant, mon ami, M. Dixon, m'avait montré un œil sur lequel s'apercevait le même phénomène; mais, alors, nous avions supposé que c'était un cas exceptionnel.

C'est là, selon moi, la meilleure preuve que la réflexion est produite par la choroïde et son pigment, c'est-à-dire cette ressemblance exacte des rayons qui la traversent avec la lumière réfléchie. Mais, tout en considérant la choroïde comme la principale surface réfléchissante, il n'est pas douteux que la lumière renvoyée par la rétine et la concavité du corps hyaloïde doit en accroître l'effet.

Je n'ai pu voir, cependant, la luminosité dans les yeux après la mort; mais la non-injection de la choroïde et la perte de la transparence de la rétine rendent suffisamment compte de ce résultat.

La réflexion, par ces surfaces, doit aussi considérablement augmenter d'éclat par l'influence de la forme concave de la rétine, qui sert à concentrer les rayons et la distance focale du cristallin.

Le fait d'un reflet dans l'œil humain à l'état normal, semblable au reflet des yeux des animaux, est un point surtout important comme fournissant un nouveau moyen d'exploration du fond de l'œil. La rétine et la choroïde étant restées jusqu'ici hors de la portée de nos regards pendant la vie, et d'une autre part, leurs affections n'entraînant point la mort et n'offrant ainsi que peu d'occasions de les constater à l'autopsie, la pathologie de ces deux membranes demeure donc entourée d'une grande incertitude; mais, l'existence du reflet lumineux bien reconnue, son absence ou son aspect anormal pourra nous servir à découvrir des altérations de tissu ignorées jusqu'à présent, ou à constater, d'une manière satisfaisante, des affections que nous ne faisions que soupçonner. La pupille dilatée avec de l'atropine, nous avons là un moyen de reconnaître, dans tous les cas, la condition de la rétine et de la choroïde. Les explorations que j'ai faites de cette manière ont confirmé l'impression générale que la rétine est rarement le siége d'altérations dans l'amaurose; car, sur plusieurs cas d'amaurose qui, par la transparence de la cornée, du cristallin et des humeurs permettaient ce mode d'examen, je n'en ai trouvé que deux dans lesquels la rétine était tellement altérée, que la réflexion n'était pas aperçue. Mais, avant de rapporter ces observations, je ferai quelques remarques sur l'affection désignée sous le nom d'amaurose *œil-de-chat*.

La recherche du reflet lumineux normal nous rendra plus claire l'intelligence des notions insuffisantes et quelque peu contradictoires que nous possédons sur cette amaurose.

Décrite pour la première fois par Beer, et, après lui, par d'autres ophthalmologistes, c'est, de l'aveu de tous, une affection rare et équivoque; et les écrivains qui en ont traité ne s'accordent, ni sur l'apparence du reflet, ni sur la marche de la maladie, ni sur les symptômes qui l'accompagnent, ni sur l'âge auquel elle apparaît.

Selon Beer :

« Une opacité gris-pâle ou jaune-blanchâtre, quelquefois avec un rayonnement rougeâtre à une certaine lumière, se développe dans le fond du globe, loin de la pupille; la vue n'est pas simplement affaiblie, mais dans le sens le plus étroit, elle est confuse; tous les objets, particulièrement ceux de petit volume, semblent se précipiter l'un sur l'autre quand le patient tente de fixer attentivement quelque chose. A mesure que l'affection fait des progrès, le fond de l'œil devient plus clair et plus visible, et la couleur de l'iris plus pâle; cette dernière altération est particulièrement sensible dans les yeux noirs. Quand la vision est complétement éteinte, on peut distinguer, par une inspection attentive de la pupille, un fin réseau vasculaire par-dessus l'opacité, lequel paraît être la ramification ordinaire de l'artère centrale de la rétine, rendue visible sur le fond opale et brillant du globe oculaire. L'œil ainsi affecté, quand on le regarde dans certaines directions, offre un aspect lumineux jaunâtre ou rougeâtre dans l'obscurité, ressemblant, jusqu'à un certain point, à celui des chats; ce qui fait que je lui en ai donné le nom. »

Après une lecture attentive de ce passage de Beer, et de la description de l'amaurose *œil-de-chat* par d'autres ophthalmologistes, j'incline à croire que l'on a confondu sous le même nom deux choses fort distinctes.

Disons d'abord que, dans la majorité des cas, c'est la luminosité normale de l'œil qui a été observée. Quand Beer dit que l'œil, vu dans certaines directions, présente, dans l'obscurité, un aspect jaunâtre ou rougeâtre ressemblant aux yeux des chats, il décrit précisément l'aspect de l'œil sain dans certaines positions; la pupille dilatée, et la lumière tombant sur l'œil dans une certaine direction; et le dessin qu'il donne de cette affection correspond précisément au reflet que l'on observe à la distance de deux ou trois pieds. Le passage de Tyrrell, que j'ai cité plus haut, concorde non-seulement pour l'aspect du reflet; mais encore les circonstances dans lesquelles il l'a observé sont également nécessaires pour apercevoir le reflet normal. Quiconque lira son observation 90, et aura observé le reflet d'un œil sain, demeurera convaincu qu'il s'agit d'un seul et même phénomène.

La première fois que j'aperçus ce reflet lumineux naturel, je crus avoir affaire à une amaurose *œil-de-chat*, tant il se rapportait à la description des auteurs ; poursuivant mes recherches, je trouvai qu'il existait dans tous les yeux sains, quand la pupille était dilatée. Il semble donc que, dans la plupart des cas, on n'ait observé rien autre chose que la luminosité normale ; et il n'est nullement étrange qu'elle n'ait été vue que dans des cas d'amaurose, attendu que, dans les cas de ce genre, on se livre à un examen de l'œil bien plus minutieux ; la pupille est généralement dilatée ; et, enfin, si l'amaurose dure depuis longtemps, elle a pu entraîner l'absorption ou la non-sécrétion du pigment ; seulement, alors, le reflet lumineux aura été associé aux autres symptômes. Un auteur dit qu'il s'observe dans le jeune âge ; un autre dit dans la vieillesse.

Je dirai, en second lieu, qu'on a confondu avec ces sortes de cas une autre classe de maladies. Ainsi, Beer dit que, *quand la vision est complétement éteinte, on peut distinguer, par une inspection attentive de la pupille, un fin réseau vasculaire par-dessus l'opacité, ou le fond opale et brillant du globe oculaire.* Les observations de M. Lawrence concordent avec cette description. Dans quelques cas, on apercevait des vaisseaux rouges, et on pouvait distinctement délimiter le bord de la surface réflectrice. La facilité avec laquelle on aperçoit ce reflet, la présence de vaisseaux dilatés, l'existence d'un bord limité à la surface réflectrice, sont autant de signes qui distinguent largement ces cas des premiers ; et ce sont là, suivant toute probabilité, des cas de dépôt de lymphe dans la rétine. M. Tyrrell en a donné un exemple, dans son obs. 90, mais sans la rapporter à l'amaurose *œil-de-chat*. Tandis donc que ces derniers cas permettent de conclure avec évidence à une altération dans la rétine ou la choroïde, dans les premiers cas, la présence de la luminosité normale est la preuve que ces membranes sont saines. Si cette conclusion est exacte, le mystère que présente l'amaurose *œil-de-chat* s'évanouit ; et l'on a confondu, sous ce nom, deux ordres de faits : les uns, dans lesquels, l'amaurose étant due à une lésion cérébrale ou à d'autres causes, la rétine et la choroïde restent saines, et renvoient le reflet normal ; les autres, dans lesquels il s'est fait un dépôt de lymphe ou d'autres substances dans la rétine ou à son voisinage. Il suit de là, manifestement, que la présence d'une simple luminosité dans l'œil n'est, en aucun cas, un signe d'altération de l'organe. Il faudra, avant tout, avoir appris à connaître le reflet normal, ses modifications à différentes lumières et en diverses positions, comme aussi à diverses périodes de la vie, et chez les

sujets blonds ou bruns; alors, soit que l'on découvre une altération dans ce reflet (et l'on y sera aidé, dans beaucoup de cas, par la comparaison avec l'autre œil), soit que l'on signale son absence complète, on en tirera un moyen de diagnostic dans les affections de la rétine et de la choroïde.

Pour mieux montrer la valeur de ce moyen dans le diagnostic des altérations de la rétine, je rapporterai quelques cas intéressants recueillis à l'Hôpital ophthalmique de Londres.

Obs. I. — Amelia Flemming, âgée de 57 ans, avait souffert, depuis plusieurs années, de ce qu'elle appelait un rhumatisme de la tête, sans avoir jamais eu d'attaques de goutte. Depuis peu, sa santé et ses forces s'étaient beaucoup améliorées. Ayant été exposée à l'humidité, elle aperçut de nombreux points noirs et des étincelles brillantes, mais seulement, dit-elle, de l'œil gauche, et seulement aussi dans la moitié nasale du champ de la vision. Point d'étourdissements, ni de céphalalgie extraordinaire. Lorsqu'elle vint à l'hôpital, trois semaines après la première apparition de ces symptômes, voici quel était l'état de la vision avec l'œil gauche, l'axe de cet œil dirigé droit en avant.

La main (comme tout autre objet) n'était nullement aperçue quand on la présentait au côté nasal de la cornée; en la portant transversalement au côté temporal, elle était immédiatement reconnue, et, dans cette position, une impression en gros caractères donnait seulement la sensation de lignes noires. Les pupilles étaient égales et petites. On instilla de l'atropine dans la conjonctive de l'œil gauche; la pupille se dilata bien; et les yeux, examinés alors de la manière indiquée plus haut, offrirent un reflet dans les conditions suivantes :

Si la malade regardait en avant, l'œil gauche ne renvoyait qu'une petite lumière, moindre que l'œil droit, dont, cependant, la pupille n'était pas dilatée. Si elle regardait à droite, de manière à offrir à l'observateur le côté droit de la rétine, le reflet avait son éclat accoutumé, et était égal dans les deux yeux; si elle regardait à gauche, on ne distinguait dans l'œil aucun reflet, tandis que celui de l'œil droit offrait son éclat ordinaire.

Cette observation fut faite sans que j'eusse été averti du côté où la vision était conservée. La probabilité était, dans ce cas, qu'il y avait une affection de la rétine; mais il n'y avait pas d'autre signe auquel on pût se fier, sauf le récit de la malade touchant les étincelles qu'elle apercevait. Les pupilles étaient également noires; l'œil avait son aspect normal. Notre mode d'examen mit hors de doute que la moitié gauche de la rétine avait subi une altération considérable, et probablement perdu sa

faculté de transmettre au cerveau la sensation des rayons lumineux.

Obs. II. — John O..., âgé de 42 ans, ouvrier en soie, d'une constitution ni bonne ni mauvaise, mais d'un aspect cachectique et épuisé, avait eu, il y a trois ans et demi, une syphilis primitive, suivie de symptômes secondaires : par suite il avait éprouvé une violente inflammation de l'œil droit, pour laquelle le mercure avait été administré ; et il avait recouvré la vue assez pour pouvoir lire. Un an après, apparurent, devant ce même œil, de larges points noirs suivis d'étincelles brillantes, soit dans le jour, soit dans l'obscurité ; du reste, sans aucune douleur. La vision se perdit rapidement, et ne s'est pas améliorée depuis ; tout ce qu'il peut faire est de distinguer une lumière éclatante ; cependant, quand on lui présente un objet très-écarté à droite et presque hors du champ de la vision, il l'aperçoit en partie. Les pupilles sont claires, noires, et se dilatent facilement. Le cristallin est complétement transparent.

Le reflet de la rétine gauche était parfait et brillant à une distance de quelques pieds ; aucun reflet ne put être aperçu dans l'œil droit. En approchant davantage et regardant très-attentivement dans cet œil, après l'avoir fait tourner du côté du nez, on observa en arrière de l'iris un point lumineux, correspondant à la seule partie du champ de la vision qui eût gardé la faculté de distinguer un objet.

Obs. III. — Thomas P..., âgé de 29 ans, charretier, reçut un coup de la main sur l'œil droit et le bord de l'orbite. En se couchant, dix minutes après, la paupière supérieure se gonfla et ferma l'œil ; il appliqua une sangsue, le gonflement diminua, et il recouvra la vision entière de cet œil. Cet accident lui était arrivé le mercredi 11 février. Dans la nuit du vendredi, il fut pris d'une douleur intense avec gonflement des paupières ; l'œil fut fermé de nouveau ; la douleur devint excessive, siégeant exclusivement dans l'orbite, et sans s'accompagner d'étincelles. On eut recours à la saignée et aux sangsues ; une ouverture fut faite à la paupière supérieure et donna issue au pus. La guérison complète se faisant attendre, il vint à l'Hôpital ophthalmique de Londres. La douleur était alors entièrement disparue ; l'œil faisait une forte saillie en avant et la vision était absolument perdue.

Le 12 mars, l'œil avait repris sa position normale et jouissait de tous ses mouvements. L'iris droit était immobile quand l'œil droit était seul exposé à la lumière ; mais il se mouvait librement, quand on présentait la lumière à l'œil gauche. La

pupille était claire et noire. La flamme la plus vive ne déterminait pas la moindre perception.

Il était fort intéressant de rechercher, dans ce cas, la cause de cette perte totale de sensation dans la rétine. Si elle eût été déterminée uniquement par la commotion de cette membrane, elle se serait montrée à l'instant même; elle semblait donc dépendre de l'inflammation consécutive qui aurait altéré la rétine et aboli ses fonctions, ou de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite qui aurait compris le nerf optique, et l'aurait assez endommagé pour empêcher totalement la transmission de l'influence nerveuse de la rétine saine. L'absence d'étincelles et de douleurs circum-orbitaires ne permettait pas d'admettre une inflammation de la rétine; et l'examen de l'œil, à la manière indiquée, acheva de démontrer qu'il ne s'agissait de rien de semblable. En effet, le reflet fut trouvé extrêmement brillant dans les deux yeux, et autant dans l'un que dans l'autre, preuve évidente que la rétine et le corps vitré se trouvaient dans leur état normal. La seule explication qui restât était donc que le nerf optique lui-même avait été compris dans l'inflammation.

Obs. IV. — P. P..., âgé de 27 ans, manœuvre, avait eu, il y a deux ans, une violente inflammation des deux yeux, sans que la vision en fût affectée. Mais, après sa guérison, la vue commença à décliner peu à peu, sans aucune douleur de tête, et sans apparition d'étincelles brillantes devant les yeux. Aujourd'hui, il peut seulement distinguer la lumière de l'obscurité; les pupilles sont irrégulières, et de légères opacités sur les deux cornées témoignent d'une inflammation antécédente dans la portion antérieure du globe oculaire. Les deux rétines offrent un reflet d'un éclat accoutumé.

Dans la première et la seconde observation, l'absence du reflet lumineux était la preuve d'une altération dans l'œil. On peut attribuer ce résultat à diverses causes : une altération étendue dans la choroïde; des dépôts de matière noire dans son tissu, ou une oblitération de ses vaisseaux; une légère perte de transparence dans la rétine, qui échapperait à l'autopsie, attendu la teinte opaline que cette membrane acquiert toujours peu de temps après la mort; et c'est là la lésion qui, dans ces deux cas, paraît le plus probable.

L'observation IV est un exemple de ces amauroses cérébrales, dans lesquelles les yeux gardent complétement leur reflet.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Traitement de l'épilepsie; par M. Delasiauve, médecin de Bicêtre.

(Suite : *voir* t. II, mai 1847, p. 216; juin p. 354; t. III, juillet, p. 65; septembre, p. 303; t. IV, novembre, p. 161; décembre, p. 289; t. I, janvier 1848, p. 1.)

(Annales médico-psychologiques, janvier 1848.)

Conclusion. — En commençant l'inventaire que nous venons d'achever, nous avons laissé entrevoir combien étaient précaires les ressources que nous possédons contre l'épilepsie. Cette prévision n'a reçu de l'exposé des faits qu'une confirmation trop réelle. Dans la majorité des cas, le mal caduc résiste aux efforts de la nature et aux remèdes; et lorsque parfois il guérit ou s'améliore, il n'est pas toujours possible d'assigner la véritable cause de ces changements favorables. L'imperfection de la plupart des observations, qui ne signalent ni la marche des accidents, ni le temps écoulé depuis leur disparition, contribue pour beaucoup à cette incertitude. Il ne paraît pas douteux néanmoins que, parmi les médications qui ont été préconisées, plusieurs ne soient susceptibles d'exercer une influence utile. Et ici, tout d'abord, se présente une question capitale. Comment envisager l'épilepsie? Constamment identique à elle-même, les moyens destinés à la combattre dans un cas sont-ils également applicables dans les autres? ou bien, diversifiée dans ses espèces, celles-ci réclament-elles autant de traitements particuliers? On conçoit, en effet, l'importance qui s'attache à l'éclaircissement de ce point, puisque, dans la seconde hypothèse, au lieu de traiter aveuglément, comme la plupart du temps cela s'est fait jusqu'ici, on pourrait, se fondant sur une distinction plus exacte des cas, concevoir l'espérance d'arriver à augmenter les chances de guérison par un emploi rationnel des agents médicamentaux et hygiéniques.

Les auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie ont, il est vrai, cher-

ché à établir des catégories. Nous avons indiqué les divisions admises par Arétée, Alexandre de Tralles, Tissot, lesquelles ont été reproduites par Portal et Esquirol. Malheureusement ces divisions ne reposent que sur les conditions les plus ordinaires du mal épileptique. Elles accusent bien certains états généraux de l'économie, certaines altérations locales siégeant dans le cerveau ou dans les autres parties et qui mettent en jeu la disposition spasmodique. Tels sont les divers désordres organiques qui provoquent ou entretiennent les épilepsies que nous avons étudiées à la fin de notre travail; celles qui résultent d'une lésion de l'encéphale ou des tissus environnants; les épilepsies sympathiques, scrofuleuses, vénériennes, psoriques, saturnines, etc. Il est même d'autant plus essentiel de s'assurer de ces désordres, lorsqu'ils existent, en interrogeant minutieusement chaque appareil, chaque fonction, que le traitement dirigé contre eux doit amener la cessation des symptômes convulsifs qui leur sont subordonnés. Plus d'un succès, indubitablement, s'est trouvé compromis parce que cette recherche a été ou négligée ou faite avec un soin insuffisant. Mais les cas dont il s'agit, quoique méritant une grande attention, ne sauraient servir de base à une classification fondamentale. Leur nombre est respectivement très-limité, et d'ailleurs ils répugnent au type idéal de l'affection, que l'on a coutume de regarder comme purement nerveuse et exempte de lésions matérielles, du moins appréciables.

Une division beaucoup plus intéressante serait celle qui porterait sur les faits de ce dernier ordre, lesquels sont aussi les plus fréquents; or, a-t-on remarqué entre ceux-ci des différences assez tranchées pour être autorisé à établir cette division? Dans les observations que nous avons parcourues, aucune trace, disons-le, ne révèle la pensée d'une délimitation quelconque en ce genre. Loin de là, d'après l'idée qu'on s'est formée du caractère unitaire de la maladie, comme on n'a point senti le besoin d'insister sur les particularités de son histoire et de son traitement, ces observations sont fort peu explicites, et ces données manquent ainsi pour une analyse comparative.

Cependant, si des dissemblances n'ont point été signalées, il est assez présumable qu'il en existe. On ne saurait croire que la diversité des tempéraments, le degré de la sensibilité individuelle et la variété des causes internes ou externes qui provoquent les accidents, ne puissent apporter de graves modifications aux épilepsies. La forme, la fréquence, l'ordre d'apparition des attaques, indépendamment d'autres signes spéciaux à chaque malade, confirment cette vraisemblance. Lorsqu'enfin, à des mé-

dications demeurées infructueuses, succèdent des médications souvent opposées qui réussissent, n'est-ce pas là encore une nouvelle preuve à l'appui du même principe?

La science offrirait donc, en admettant que ce que nous avançons fût fondé, une importante lacune à combler relativement au mal caduc. Il faudrait, non plus se contenter d'enregistrer les résultats d'essais exclusivement empiriques, mais soumettre les faits et les méthodes de traitement à un rigoureux contrôle, en noter les moindres circonstances, s'efforcer d'en faire jaillir les analogies et la portée. Ce serait, sans contredit, une tâche extrêmement ardue. Dans la pratique ordinaire, l'isolement des cas et la multiplicité des remèdes à expérimenter la rendraient même impossible. Mais dans les établissements publics, où une réunion d'épileptiques nombreuse et bien ordonnée permettrait d'opérer sur une échelle convenable, on finirait sûrement, à force d'ardeur et de persévérance, par préciser la correspondance de tel ou tel ordre d'agents thérapeutiques avec des formes plus ou moins exactement déterminées de l'épilepsie, et à déduire de cette correspondance les indications et les règles les plus précieuses. C'est, en tout cas, une entreprise digne d'être tentée.

Quant à présent, il n'est aucun moyen de connaître l'efficacité absolue ou relative des diverses médications auxquelles on a eu recours. On pourrait, sans doute, compter les cures ou améliorations obtenues par chacune d'elles, mais ce calcul n'aurait d'utilité qu'autant qu'il conduirait à des proportions sur un chiffre donné, et cette condition est irréalisable faute d'éléments statistiques qui établissent, en même temps que la quantité des guéris ou des améliorés, la somme des individus chez lesquels les soins ont été infructueux. Il est d'ailleurs plusieurs remèdes dont l'application, ou trop récente ou trop circonscrite, n'a point été suffisamment consacrée par l'expérience. En l'absence de documents plus positifs, l'estimation des méthodes antiépileptiques ne peut donc reposer que sur des impressions plus ou moins senties. Voyons, à ce titre, quelles sont de ces méthodes celles qui paraissent mériter la préférence.

En premier lieu, nous avons parlé des débilitants. On a dit du sang qu'il était *le frein des nerfs*; cet aphorisme n'est vrai qu'en partie. Si la faiblesse expose à des troubles nerveux que fait cesser un régime fortifiant et réparateur, fréquemment aussi on n'a pas à opposer à ces mêmes accidents des moyens plus efficaces que ceux qui diminuent l'énergie vitale. Il suffit quelquefois d'une saignée pour conjurer les attaques d'hystérie ou d'éclampsie. Dans la majeure partie des cas, les convulsions des

enfants, quand elles ne sont pas occasionnées par des vers, cèdent avec facilité aux sangsues et aux bains. L'usage de ces moyens est également avantageux dans l'épilepsie, ou peut obvier aux dangers des congestions cérébrales, dont cette affection s'accompagne. Il convient, autant que possible, de modérer l'activité de la circulation. Toutefois, et l'indication contenue dans la phrase qui précède le laisse assez entrevoir, leur influence est rarement directe ; elle se borne le plus souvent ou à détruire des complications menaçantes, ou à placer les malades dans des conditions favorables à l'action des autres médicaments. Journellement on pratique aux épileptiques des émissions sanguines, on leur prescrit des délayants, des bains, sans qu'il survienne d'amendement dans les accès. L'histoire de la science ne fait non plus mention que d'un très-petit nombre de cures qui soient exclusivement attribuées à la méthode antiphlogistique.

Les évacuants, sous le rapport de leur rôle dans la maladie qui nous occupe, peuvent être rangés sur la même ligne que les débilitants. On ne les administre guère que dans la vue de modifier certaines dispositions morbides susceptibles d'aggraver les accidents convulsifs ; ainsi les embarras gastro-intestinaux, la pléthore bilieuse, la constipation, diverses affections viscérales ou cutanées, etc. On compte cependant quelques guérisons remarquables par les vomitifs, que des inconvénients, que l'on s'est vraisemblablement exagérés, font, à tort peut-être, sacrifier aux purgatifs. Des résultats non moins heureux ont également été produits par des exutoires, spécialement dans les cas où ceux-ci ont eu pour objet de remplacer ou de rappeler une suppuration tarie, une éruption répercutée ou trop promptement disparue.

Nous ne dirons que peu de chose des toniques. Ils viennent naturellement en aide aux autres moyens lorsqu'il y a indication de relever les forces épuisées, ou de remédier à certaines cachexies. Mais, sauf les martiaux, dont Tissot croyait avoir à se louer, et le quinquina, sur lequel nous reviendrons dans un instant, les substances dont cette classe se compose ne passent point pour être douées de propriétés antiépileptiques.

Sous ce rapport, au contraire, les sédatifs fournissent au traitement du mal caduc un assez fort contingent. Leur histoire ainsi liée à celle des spécifiques de cette affection, les nouvelles observations qui leur seraient applicables se confondent avec celles dont ces derniers vont être l'objet.

Parmi les agents réputés antiépileptiques, la valériane, sans affecter la prééminence que lui attribuait Tissot, conserve tou-

jours un rang honorable ; peut-être même n'a-t-elle perdu une partie de sa vogue, qu'à cause de la concurrence d'autres médications qui ont empêché qu'on ne l'administrât avec autant de suite et de raisonnement qu'auparavant. Plusieurs praticiens en font encore la base exclusive du traitement qu'ils dirigent contre l'épilepsie. Il y a quinze jours à peine qu'un de nos confrères les plus distingués de la capitale, M. Téallier, nous racontait l'histoire de trois de ses malades qu'il avait guéris à l'aide de la seule décoction de valériane régulièrement administrée, à la dose de deux verres matin et soir, pendant deux et trois années. D'abord les accès s'éloignèrent, puis disparurent. En ce moment, nous-même prescrivons cette préparation à un enfant de huit ans atteint d'attaques épileptiques, qui depuis huit ou dix mois se renouvelaient plusieurs fois dans la journée. Il y a environ cinq semaines que ce traitement dure, et les accidents, qui ont cessé dès le troisième jour, ne se sont point remontrés encore. Il est vrai que dans ce cas un autre médicament, qui passe également pour antiépileptique, a été uni à la valériane, et que certaines conditions hygiéniques, que nous aurons occasion d'apprécier plus loin, ont pu n'être pas étrangères à l'amélioration survenue chez notre jeune malade.

Moins puissante que la valériane, l'assa fœtida n'est pas cependant employée sans profit dans l'épilepsie. Si elle opère peu de cures radicales, incontestablement dans un grand nombre de cas, elle modère les accès et en diminue la fréquence.

L'hydrocyanate de fer, conseillé par M. Jansion, est peut-être plus digne de faveur encore ; quelques essais entrepris par nous corroborent du moins les résultats annoncés par M. Jansion.

D'après les faits que nous avons rapportés, il nous paraît également difficile de ne pas accorder quelque confiance aux effets curatifs de la belladone ; ceux de la digitale sont beaucoup plus équivoques. Aux résultats déjà mentionnés, il convient toutefois de joindre plusieurs exemples de succès qu'un médecin de Lille, M. Plouviez, assure avoir obtenus d'une combinaison dans laquelle entrait cette substance (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, octobre 1847, p. 196).

Deux remèdes ont particulièrement fixé notre attention ; la poudre de racine d'armoise et l'ammoniaque liquide d'après la formule de MM. Delanglard, Pinel-Grandchamp et Martinet. Ces substances n'ont pas, à la vérité, été l'objet d'expériences multipliées ; mais leur action a eu cela de remarquable, qu'elle a été pour ainsi dire instantanée. Les guérisons, d'ailleurs, paraissent s'être soutenues. Ajoutons qu'au moment où ces lignes sont con-

fiées à la presse, nous avons commencé de soumettre à l'usage de la potion ammoniacale quatre de nos épileptiques, dont trois atteints d'attaques quotidiennes, et que deux jours se sont déjà écoulés sans qu'aucun d'eux ait éprouvé de chute.

En traçant l'histoire du camphre au point de vue de l'épilepsie, nous avons laissé entrevoir l'idée que cet agent, qu'aucun fait ne recommande, pourrait bien satisfaire à une indication importante. Cette indication résulte du penchant effrené de certains épileptiques à la masturbation, abus qui contribue à entretenir et à aggraver leur mal. On sait, en effet, que le camphre jouit de la propriété de tempérer les ardeurs sensuelles. Désireux de vérifier ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans cette présomption, nous avons fait prendre du camphre à la dose de 10 à 50 centigrammes, soit seul, soit associé à d'autres remèdes, à plusieurs malades notoirement adonnés à la funeste habitude de l'onanisme, et sur lesquels nous avons fait exercer une surveillance spéciale. Tous ces individus avaient des accès extrêmement répétés; deux sont dans un état habituel de stupeur et de paralysie. Or, sous l'influence de cet anaphrodisiaque, la salacité a perdu de sa violence, les crises convulsives sont devenues plus rares, et chez ceux qui étaient frappés de stupeur et de paralysie, ces phénomènes ont fait place à un retour prononcé de la liberté des mouvements et de l'intelligence.

Dans la longue liste des antiépileptiques, les remèdes dont nous venons de rappeler l'action, en la précisant, nous ont paru avoir une utilité bornée peut-être, mais évidente; à l'égard des autres, dont quelques-uns ont été très-préconisés, la certitude n'est pas la même. Le pouvoir des préparations de zinc est plus que douteux; on accuse d'infidélité le musc, le castoreum, l'ambre, etc. Les opiacés généralement nuisibles ne conviennent que dans des circonstances exceptionnelles. Les cuivreux n'ont produit que des résultats isolés lentement obtenus, et par cela même suspects. Le crédit du nitrate d'argent, de l'indigo, etc., pendant plusieurs années si puissant, est aujourd'hui gravement ébranlé. Le sulfate de quinine lui-même ne répond que dans une faible mesure aux expériences que certains auteurs en avaient fait concevoir, même dans les cas où ses propriétés spéciales sembleraient devoir lui assurer une efficacité moins inconstante. Nous ne voulons pas prétendre que ces moyens soient tout à fait indignes de confiance; nous inclinons plutôt à croire que les épileptiques peuvent quelquefois avoir eu à se louer de leur emploi. Mais soit que le diagnostic laissât des doutes, que les guérisons n'offrissent pas les garanties désirables, ou qu'en raison

de la longueur de la maladie, de sa marche incomplétement caractérisée, les changements pussent être attribués à d'autres circonstances qu'aux remèdes, l'opinion, quant à présent, demeure forcément en suspens touchant les avantages qu'on en doit recueillir.

Tel est le jugement vague et plein d'hésitation qui ressort de l'aperçu jeté sur le traitement médical de l'épilepsie. On n'a que des notions approximatives sur la valeur comparative des médicaments, et on ignore davantage encore le genre d'influence qu'ils exercent. Ce n'est pas, du reste, sur ces seuls points que l'insuffisance de la science est regrettable. L'administration même de ces médicaments soulève quelques questions importantes qui à peine ont été entrevues, et pour lesquelles malheureusement les documents concernant l'affection épileptique ne contiennent point d'éléments de solution.

Souvent, par exemple, on combine plusieurs médications, on associe différents remèdes. Nous avons cité le traitement de M. Fauverge, imité par d'autres praticiens, celui de M. Michel de Barbentane et beaucoup d'autres. M. Plouviez, dont nous avons parlé il n'y a qu'un instant, emploie pour ainsi dire simultanément les saignées, les sangsues, les révulsifs, les ventouses Junod, les bains abaissés successivement à la température de 18° à 8°, et pris pendant quatre à cinq minutes, et des pilules composées de belladone, de digitale et d'indigo. On trouvera réunies plus loin des séries de modèles dans lesquelles figurent la plupart de ces formules complexes. Or, quelle loi, quelles règles président à ces combinaisons? De nos jours on tend judicieusement à simplifier les recettes; n'est-il pas à craindre qu'en continuant à les compliquer chez les épileptiques, au lieu d'une action nette, efficace, facilement appréciable, les résultats n'aboutissent qu'à la neutralisation d'un agent par un autre? Quelquefois le but que se propose le médecin est évident, rationnel. Joindre aux moyens ordinaires les antiphlogistiques pour diminuer un état de pléthore et de congestion qui aggrave les accès, les évacuants pour remédier à une disposition saburrale, le camphre pour apaiser la fureur onanique, le quinquina ou les anthelminthiques pour détruire la périodicité ou la complication vermineuse, c'est remplir des indications positives. On agit doublement sur l'affection; mais, dans la majorité des cas, on n'est dirigé par aucun de ces mobiles; seuls le caprice, l'arbitraire décident. Que de points cependant mériteraient d'être éclaircis! Faut-il, dans les combinaisons dont il s'agit, fixer son choix sur des éléments similaires, ou peut-on prendre ceux-ci dans les catérogies oppo-

sées? En supposant cette diversité, de quelle façon coordonner l'emploi de chacun? Doit-on marquer des jours différents pour les diverses médications, ou seulement entremêler les heures de leur application dans la même journée? Ou, sous ce rapport, ce qui convient à l'une ne repugne-t-il pas à l'autre? On est parfois en quête de sujets de recherches. Les problèmes non résolus abondent pourtant dans la science, et il n'est pas nécessaire de creuser avant dans ce sol pour découvrir des mines à exploiter!

Une autre question intéressante est celle des doses auxquelles les médicaments que l'on prescrit doivent être portés; les traitements de l'épilepsie se poursuivent ordinairement longtemps. Est-il à propos, pendant leur durée, de varier les proportions des remèdes ou de maintenir ces proportions uniformes? A défaut de préceptes réguliers, les histoires particulières fournissent, du moins à cet égard, quelques indications susceptibles d'être traduites en principes. En général, quelle que soit la méthode adoptée, on s'est accordé à admettre le système des doses croissantes. On commence par les plus faibles, que l'on élève progressivement jusqu'au degré où l'on croit que la tolérance pourra s'en effectuer sans dommage. Deux ordres de considérations viennent à l'appui de cette pratique. Naturellement il est permis d'espérer que, si l'agent thérapeutique est utile, son succès sera d'autant plus rapide et plus sûr qu'il en aura été employé une quantité plus considérable. D'un autre côté, ne sait-on pas que l'habitude émousse la sensibilité, et qu'un remède qui, les premiers jours, déterminait des troubles profonds dans l'économie, finit par ne plus causer à la longue la moindre impression? Ces résultats sont, en effet, d'observation quotidienne. Ils souffrent cependant quelques restrictions et ne sauraient servir de règle pour tous les cas. Parfois, au lieu de venir insensibles à l'action continuée des traitements, les organes se fatiguent et s'altèrent. On est alors obligé de modérer la dose des médicaments, ou même d'en suspendre provisoirement l'usage. La belladone en particulier a le triste privilège d'imposer fréquemment cette conduite, tant son influence sur les fonctions cérébrales est persévérante. Ajoutons que, relativement au point qui nous occupe, ni la période ni l'intensité du mal ne sont indifférentes à envisager, et que lorsque celui-ci faiblit ou décline, une médication énergique est moins impérieusement réclamée. Aussi voit-on beaucoup de praticiens, quand les attaques n'apparaissent plus que de loin en loin, opérer une diminution graduelle des doses des remèdes. M. Téallier, chez les épileptiques dont nous avons cité la cure,

ne prescrivait plus à la fin que deux verres seulement de décoction de valériane dans les vingt-quatre heures.

Nous n'avons pas tout dit sur l'administration des médicaments. Cette partie si essentielle du traitement s'offre sous un dernier aspect, qui n'a pas été mieux éclairé que les précédents. Il s'agit de l'ordre, selon lequel il convient que les épileptiques suivent les médications qui leur sont indiquées. Est-ce d'une manière continue ou intermittente? Et quand nous établissons cette distinction, nous avons surtout en vue les agents spécifiques ; car il est tels moyens, comme les émissions sanguines, les purgatifs, qui, par leur nature même, se refusent à une application journalière. Or, dans la plupart des cas, nous voyons qu'à moins de suspensions nécessitées par des accidents, le traitement n'a subi aucune interruption pendant toute sa durée, qui quelquefois a compris des mois, des années entières. Cette persévérance a-t-elle été opportune? Les exemples contraires sont trop peu nombreux pour qu'on puisse porter un jugement certain à cet égard. M. Lombard (de Genève) prescrivait le nitrate d'argent huit à dix jours de suite, et ne l'ordonnait de nouveau qu'après un pareil intervalle de repos. M. Jansion n'avait recours à son hydrocyanate de fer qu'au déclin de chaque lune. Mais ce mode d'administration a-t-il été pour quelque chose dans les succès que ces médecins assurent avoir obtenus? Le procès est difficile à vider. Les essais comparatifs de l'une et de l'autre méthode manquant, ainsi que les données sur l'action réelle des remèdes, on en est réduit aux conjectures.

Selon nous, il faut tenir compte de la marche des accidents. Quand les attaques sont nombreuses, rapprochées, irrégulières dans leur retour, il peut être avantageux d'opposer un obstacle incessant à une tendance morbide permanemment agissante; mais un semblable intérêt ne paraît pas exister, lorsque ces mêmes attaques laissent entre elles des espaces plus ou moins longs, de huit jours, quinze jours, un mois et davantage. Du reste, plusieurs auteurs se sont fait de l'épilepsie une idée qui, si elle avait de la réalité, conduirait à des conséquences pratiques importantes. Ils assimilent cette affection à une habitude. Presque toujours, en effet, pour peu qu'on observe avec attention le cours des accès, on aperçoit que ceux-ci, le plus souvent sans cause appréciable, affectent dans leur reproduction une sorte d'uniformité, revenant à des heures, à des jours, à des périodes plus ou moins fixes, comme si l'organisme eût moins contracté une maladie véritable, que l'aptitude à l'une de ces fonctions périodiques, dont l'état normal ou morbide nous fournit plus d'un

exemple. Dans cette supposition, l'indication serait urgente et manifeste. Les efforts de l'art devraient tendre à interrompre cette fonction pathologique, en en troublant l'exercice. Cette indication semble avoir été prévue par Van Swieten, qui, en parlant de la nécessité d'éloigner les causes susceptibles d'exciter les accès, s'exprime ainsi dans une juste et ingénieuse comparaison : « Comme les tracés des idées qui ne sont point, dit-il, rappelées de temps en temps, s'effacent entièrement, de même, si les mouvements épileptiques ne sont point renouvelés, l'aptitude à les renouveler se détruit. » Parmi les faits rapportés dans ce travail, plusieurs sont de nature à corroborer la théorie de Van Swieten. Tels sont ceux où Pinel, à l'aide des respirations d'ammoniaque, procurait la cessation des attaques, en les faisant avorter au moment où elles se produisaient. Tels sont également ces cas de mal caduc avec *aura*, dans lesquels on est arrivé au même résultat par la ligature ; ces épilepsies sous forme intermittente amenées artificiellement à ce type, comme chez le malade de Dumas, ou remplacées par une fièvre périodique, comme chez ceux du docteur Sélade de Bruxelles, et dont le sulfate de quinine a fait justice. A force d'entraver dans toutes ces circonstances la manifestation de la propulsion pathologique, celle-ci a fini par céder elle-même. D'autres témoignages s'ajoutent encore à celui du commentateur de Boerhaave. Nous sommes heureux de pouvoir en particulier citer un savant, dont l'autorité est d'un grand poids en matière d'affections nerveuses. Dans une note que nous devons à la complaisance de M. Ferrus, et dont nous extrairons plus loin divers passages, notre respectable maître regarde, comme une des principales conditions du traitement de l'épilepsie, l'obligation de conjurer l'explosion de l'orgasme cérébral, de combattre la périodicité des attaques. « Il est un fait, dit-il, que nous ne saurions expliquer, mais qui n'en est pas moins constant : c'est qu'il suffit qu'un phénomène se soit plusieurs fois reproduit dans l'économie pour qu'il se montre ensuite de lui-même sans excitation nouvelle. Nul doute que l'épilepsie ne soit souvent dans ce cas, et qu'après avoir longtemps obéi à une impulsion morbide, les accès n'aient plus d'autre raison d'être que leur existence antérieure ; aussi importe-t-il de s'attacher non seulement à modifier le principe même de la maladie, mais la disposition fonctionnelle engendrée par le principe et qui lui survit. »

Si les observations de M. Ferrus sont fondées, et nous sommes pour notre compte disposé à le croire, la médecine du symptôme devrait occuper une assez large place dans le traitement de l'épilepsie. Afin de dévoyer la nature dans la répétition de l'acte con-

vulsif, il faudrait, soit au moment où l'accès se déclare, soit à peu de distance de l'époque à laquelle on prévoit qu'il s'apprête à éclater, chercher par une pertubation plus ou moins énergique à en prévenir le développement. La ligature des membres, dans le cas d'*aura*, les respirations ammoniacales, l'usage de la potion d'alcali volatil, quelque secousse physique ou morale inattendue, etc., peuvent remplir cet office. Marin cite une demoiselle qui prévenait ses accès avec la musique. Une femme, que connaissait Esquirol, avait les siens pendant le premier sommeil, et souvent il lui suffisait de retarder l'heure de son coucher pour qu'ils ne vinssent pas. (P. 329.)

A ce même point de vue, l'administration des moyens antiépileptiques, d'après le système alternant de MM. Jansion et Lombard, de Genève, en substituant un ordre de mouvements périodiques à un autre, aurait inévitablement aussi des avantages. Il serait surtout opportun de favoriser l'action de ces moyens par leur coïncidence avec les attaques, c'est-à-dire de les prescrire, quand l'intervalle entre ces mêmes attaques serait suffisamment prolongé pour le permettre, dans une période qui comprendrait un nombre plus ou moins grand de jours avant ou après leur apparition. Une telle convenance s'étendrait jusqu'à la méthode continue elle-même, en ce sens que, modérée durant le calme, la médication redoublerait d'énergie à l'approche des crises épileptiques. Enfin, si le cas d'imiter l'ingénieux procédé de Dumas se présentait, on s'empresserait de susciter dans l'économie des impressions propres à faire naître un type de périodicité artificielle, des accès que le quinquina aurait toute chance de dissiper.

Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne; par M. le professeur BOUILLAUD.

(Suite : voir t. I, janvier 1848, p. 31.)

(Revue médico-chirurgicale, janvier 1848.)

OBS. IV. — Amelin, âgé de 36 ans, cordonnier, d'une constitution de force moyenne, était malade depuis deux mois, lorsqu'il fut admis à la Clinique, le 17 mai 1847.

Il était affecté d'une névralgie intercostale et d'une névralgie sciatique du côté droit, d'origine rhumatimale.

Point de fièvre ; rien de notable du côté des voies urinaires.

Le 18 mai. Prescription : *ventouses scarifiées sur le trajet de la douleur de la cuisse, et ensuite vaste vésicatoire sur la même région.*

Le 19. Le malade a éprouvé de fréquentes envies d'uriner, et un sentiment d'*ardeur* en urinant, accompagné d'agitation pendant la nuit.

Les *urines, mousseuses, précipitent abondamment par l'acide nitrique*, comme celles des individus atteints de l'affection dite *maladie de Bright*. En agitant ensuite les urines dans le bocal qui les contient, *elles prennent l'aspect et la consistance d'une émulsion*.

Le 20. Urines claires, d'un jaune orange, avec un léger sédiment floconneux au fond du vase ; elles n'exhalent aucune odeur bien marquée, sont assez mousseuses, d'un aspect un peu visqueux, et rougissent fortement le papier bleu de tournesol ; *elles se troublent seulement un peu par l'acide nitrique*.

Le 21. Le malade n'a plus éprouvé la *moindre ardeur d'urine*.

Les urines, parfaitement limpides, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Les 22 et 23. Traitées par l'acide nitrique, les urines ne se troublent point.

Le 1er juin. Le malade sort bien guéri.

Obs. V. — Feuillet, âgé de 25 ans, d'une constitution lymphatique, fut admis à la Clinique, le 24 mai 1847, pour y être traité d'un rhumatisme articulaire *intense*, fixé sur le genou droit au moment de l'entrée.

Le genou, fortement tuméfié (sa circonférence avait 3 centimètres de plus que celle du genou opposé), était demi-fléchi, et ne pouvait être étendu sans que le malade éprouvât une vive douleur.

Les urines ne se troublent point par l'acide nitrique.

Le 25. *Ventouses scarifiées* sur le genou droit ; quatre palettes.

Le 26. *Ventouses scarifiées* sur le genou droit, trois palettes ; puis *large vésicatoire* sur la même partie.

Le 27. Les urines, rendues de deux à trois heures après l'application du vésicatoire, sont claires, médiocrement mousseuses, et ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Au contraire, les urines rendues ce matin (quinze à seize heures après l'application du vésicatoire), plus mousseuses, plus foncées en couleur que les précédentes, précipitent assez abondamment par l'acide nitrique.

Résolution complète de l'affection rhumatismale du genou droit.

Le 28. Les urines, d'une transparence parfaite, d'un jaune citrin, ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Légère douleur au genou gauche, sans tuméfaction notable.

Le 29. Persistance de la douleur du genou gauche. (*Large vésicatoire sur cette partie.*)

Le 30. Le malade dit n'avoir éprouvé aucune douleur en

urinant. Les urines ne se troublent point par l'acide nitrique (elles étaient d'ailleurs limpides, d'un jaune citrin, et moussaient peu à l'agitation). Les jours suivants, point de précipité non plus par l'acide nitrique.

Obs. VI. — Pignet, âgé de 32 ans, fut admis à la Clinique, le 2 juin 1847, pour un rhumatisme articulaire aigu avec endocardite.

Le 2. *Ventouses scarifiées sur la région précordiale et le genou droit.*

Le 3. Urines claires, d'un jaune orangé, ne se troublant pas par l'acide nitrique.

Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur la région précordiale, et puis, vésicatoire sur la même région.

Le 4. Urines transparentes avec un léger dépôt muqueux au fond du vase; elles rougissent assez fortement le papier de tournesol; *elles précipitent abondamment en blanc par l'acide nitrique, et la masse prend l'aspect et la consistance d'un looch.*

Saignée, deux à trois palettes.

Le 5. Le malade va très-bien; *les urines ne se troublent pas notablement par l'acide nitrique.*

Le 6. *Point de précipité dans les urines par l'acide nitrique; convalescence.*

Sortie le 28 juin. La guérison était complète depuis une quinzaine de jours.

Obs. VII. — Rousselet (Mathilde), âgée de 36 ans, d'une constitution peu vigoureuse, un peu anémique, fut admise à la Clinique, le 3 juin 1847. Elle était affectée depuis huit jours d'un rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endocardite.

Le 3. *Saignée de trois palettes.*

Le 4. *Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur la région précordiale; vésicatoires sur la hanche et le genou gauches.*

Le 5. Urines de ce matin claires, médiocrement mousseuses, rougissant faiblement le papier bleu de tournesol, sans odeur bien tranchée, ne se troublant pas sensiblement par l'acide nitrique. (La malade n'a éprouvé aucun symptôme notable du côté des voies urinaires.)

Le 6. Urines de ce matin d'un jaune pâle, *se troublant et blanchissant d'une manière sensible par l'acide nitrique.*

Les 7 et 8. Les urines ne se troublent pas par l'acide nitrique; convalescence commençante.

Obs. VIII. — Pascal, charbonnier, âgé de 45 ans, est entré à la Clinique (n° 14, salle Saint-Charles), le 7 juin, pour y être traité : 1° de bronchite, plusieurs fois répétée, suivie d'une

énorme emphysème pulmonaire (saillie très-considérable de la poitrine, surtout en arrière); 2° d'hypertrophie du cœur avec épaississement, déformation, insuffisance de la valvule bicuspide.

Le 8. Les urines du matin sont d'un jaune orangé, parfaitement limpides, assez mousseuses par l'agitation, et ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées, quatre palettes, sur la partie postérieure de la poitrine des deux côtés, et *un vésicatoire de chaque côté pour le soir.*

Le 9. *Les urines* de la nuit, médiocrement bulleuses, d'un jaune assez foncé, sans trouble notable, *précipitent très-abondamment par l'acide nitrique, et la masse, agitée, prend la consistance d'un looch*. Les urines du matin, un peu plus bulleuses, fournissent également des flocons très-abondants d'albumine. — Le malade se sent notablement soulagé, et se plaint seulement de la douleur causée par les vésicatoires; *il dit avoir eu de fréquentes envies d'uriner et un peu de douleur en urinant.*

Le 10. Les phénomènes, du côté de l'appareil urinaire, se sont calmés. *Les urines*, rendues vers deux heures du matin, *déposent encore par l'acide nitrique*, mais moins abondamment que la veille. Celles qui ont été rendues au moment de la visite sont moins foncées, jaunes, transparentes, assez mousseuses; elles éprouvent à peine un *léger trouble par l'acide nitrique versé en excès.*

Le 11. Les urines ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Le 12. Les urines, d'un jaune foncé, parfaitement limpides, ne précipitent nullement par l'acide nitrique.

Obs. IX. — Moron (Henriette), âgée de 55 ans, de constitution délicate, chloro-anémique, fut admise à la Clinique le 20 juin 1847. Elle était, depuis cinq jours, affectée d'une pleuro-pneumonie offrant alors un mélange de second et de premier degré.

Le 20. Saignée de trois palettes.

Le 21. Saignée, trois palettes; ventouses scarifiées, trois palettes, sur le côté malade, puis *large vésicatoire sur la même région.*

Le 22. Les urines d'hier soir se troublent légèrement par l'acide nitrique; celles de ce matin ne se troublent pas notablement. (Le vésicatoire n'a déterminé aucune douleur notable du côté des voies urinaires.)

Les 23 et 24. Les urines, un peu sédimenteuses, se troublent par l'acide nitrique (celles du 23 plus fortement que celles du 24).

Le 25. Les urines, bien claires, ne se troublent plus par l'acide nitrique (elles n'offraient, d'ailleurs, aucun sédiment avant l'opération).

Obs. X. — Hilt (Barbe), âgée de 38 ans, tailleuse, d'une constitution détériorée, anémique, accouchée depuis six semaines, est entrée, le 22 juin, à la Clinique (salle Sainte-Anne ; n° 19). Malade depuis huit jours; elle présentait les symptômes d'une pleuro-pneumonie au second degré avec mélange du premier, affectant la partie postérieure du poumon droit dans presque toute sa hauteur.

Une saignée de trois palettes est pratiquée au moment de l'entrée.

Le 23. Une saignée de trois palettes le matin, une application de ventouses scarifiées, trois palettes à la partie postérieure du côté droit de la poitrine, et *un vésicatoire dans la même région, le soir*.

Le 24. La malade se trouve très-notablement soulagée; elle respire facilement, et dit n'avoir éprouvé d'autre douleur que celle du vésicatoire, qui a été très-vive (toutefois, la malade n'a pas eu de douleur en urinant).

Les urines rendues hier soir, au moment de l'application du vésicatoire, sont transparentes, avec un léger dépôt comme lanugineux au fond du vase, *et ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique*.

Les urines de ce matin sont jaunes, transparentes, *et se troublent sensiblement par l'acide nitrique*.

Saignée de trois palettes.

Le 25. La malade se trouve bien : les signes de la pneumonie ont presque entièrement disparu. Les urines du matin, un peu troubles, d'un jaune pâle, précipitent notablement par l'acide nitrique en excès.

Le 26. La malade continue à se trouver bien ; il reste encore, néanmoins, quelques légers signes d'engorgement pneumonique.

Les urines de ce matin, un peu troubles, mais sans dépôt marqué au fond du vase, ne se troublent pas notablement par l'acide nitrique.

Large vésicatoire à la partie postérieure externe du côté droit.

Le 27. La malade ne se plaint que de la douleur causée par le vésicatoire, lequel n'a, d'ailleurs, produit rien de notable du côté des voies urinaires.

Les urines de ce matin, légèrement opalines, d'un jaune pâle, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Le 28. Les urines, jaunes, un peu opalines, ne se troublent pas par l'acide nitrique.

Le 29. La malade va bien. On n'a pas conservé les urines.

Le 30. Les urines ne précipitent pas par l'acide nitrique.

Obs. XI. — Guillot, âgé de 22 ans, fondeur, est entré, le 23 juin, à la Clinique (n° 3, salle Saint-Charles), malade depuis quatre jours et offrant les symptômes d'une bronchite générale sibilante, avec point pleurodynique à droite et fièvre continue.

Le lendemain, 24, les urines, d'un jaune orangé assez foncé, ne précipitaient pas par l'acide nitrique.

Saignée de trois palettes ; *ventouses scarifiées (trois palettes) à la partie postérieure du côté droit de la poitrine, et vésicatoire, le soir, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas.* (Ce vésicatoire avait à peu près 20 centimètres de hauteur, sur 10 à 12 de largeur).

Le 25. Le malade se trouve bien et respire facilement ; il n'éprouve d'autre douleur que celle du vésicatoire. Il n'a pas eu d'ardeur d'urine notable ; cependant il a eu des envies d'uriner assez fréquentes, et a uriné six fois pendant la nuit. Les urines, rendues vers deux heures du matin, sont parfaitement transparentes, d'une teinte légèrement orangée, assez bulleuses à l'agitation, sans odeur désagréable ; *elles déposent assez abondamment par l'acide nitrique, et la masse prend, par l'agitation, la consistance et l'aspect d'une émulsion d'un blanc sale.*

Le 26. Le malade va de mieux en mieux ; il n'a point eu de nouveaux accidents du côté des voies urinaires.

L'*urine* rendue à quatre heures du matin est parfaitement claire, d'un jaune pâle, *et se trouble encore notablement par l'acide nitrique*, un peu moins cependant que la veille.

Le 27. L'urine du matin est jaune, transparente, assez bulleuse, et dépose encore abondamment par l'acide nitrique, de manière que la masse agitée offre l'aspect d'une émulsion d'un blanc grisâtre.

Le 28. Le malade est en état de convalescence. — Les urines du matin, d'un beau jaune, limpides, assez mousseuses, précipitent très-abondamment par l'acide nitrique, et à peu près comme dans l'*albuminurie ordinaire* portée à un assez haut degré.

Le 29. Le malade va bien. *Les urines précipitent comme la veille* ; aucune douleur en urinant.

Le 30. Les urines, parfaitement claires, d'un jaune doré, assez bulleuses, précipitent encore fortement, moins cependant que les jours précédents.

Le 1er juillet. Les urines, d'un jaune orangé faible, bien claires, *ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.*

Le 2. Les urines, transparentes, d'un jaune orangé léger, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Le 3. Les urines, d'un jaune ambré, transparentes, ne déposent pas par l'acide nitrique.

Le 5. Le malade accuse une douleur assez vive au côté droit de la poitrine; on y constate du souffle et du retentissement de la voix.

Vésicatoire sur le point douloureux. (Il est appliqué le matin; sa hauteur est de 15 centimètres, sa largeur de 8.)

Le 6. Le malade n'éprouve plus de douleur au côté, et le souffle ainsi que l'égophonie ont disparu.

Le malade n'a rien éprouvé du côté des voies urinaires. Les urines, d'un jaune safrané, n'éprouvent aucune *espèce de trouble par l'acide nitrique*.

Obs. XII. — La nommée Adam (Catherine), âgée de 62 ans, fut admise à la Clinique, le 28 juillet 1847, pour une laryngo-bronchite, avec disposition emphysémateuse des poumons.

Le 29. *Ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine, et large vésicatoire sur la même région, après les ventouses.*

Examinées avant le traitement, les urines étaient claires, et ne précipitaient nullement par l'acide nitrique.

Le 30. Les urines ont été rendues fréquemment, en petite quantité chaque fois, et avec douleur. Un nuage muqueux existe au fond du vase qui les contient. Au-dessus de ce dépôt, les urines sont parfaitement claires, et moussent fortement quand on les transvase; *elles déposent très-abondamment par l'acide nitrique, et prennent la consistance d'une émulsion.*

Le 31. Les urines déposent encore par l'acide nitrique, mais bien moins abondamment que la veille.

Le 1er août. Les urines ne se troublent plus par l'acide nitrique.

Obs. XIII. — François Petitot, âgé de 19 ans, était, depuis huit jours, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, n'affectant qu'un petit nombre d'articulations, lorsqu'il fut couché dans notre service clinique, le 27 juillet 1847. (Point de complication du côté du cœur.)

L'affection rhumatismale occupait presque toutes les petites articulations de la main droite, et celles du poignet et de l'épaule, du même côté.

Le 28. *Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur les articulations prises, et puis vésicatoire sur les mêmes parties, etc.*

Le 29. Point de douleur en urinant. Les urines de la veille, au soir, et celles de ce matin, tout à fait limpides, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

Le malade va, d'ailleurs, très-bien.

Obs. XIV. — Françoise Prempt, affectée d'une maladie organique du cœur très-ancienne, fut prise d'une pleuro-pneumonie

pour laquelle elle fut admise à la Clinique, le 30 juin 1847, et elle fut saignée peu de temps après son entrée. (La saignée fut de deux palettes et demie.)

Le 1er juillet. *Nouvelle saignée; ventouses scarifiées sur le côté malade (trois palettes), et vésicatoire sur la même région, etc.*

Le 2. La malade ne se plaint que de la douleur produite par le vésicatoire. Les urines sont limpides; elles ont déposé au fond du vase quelques flocons transparents; *elles précipitent abondamment par l'acide nitrique.*

Saignée de deux palettes.

La malade succombe le 4, à quatre heures du soir.

Autopsie cadavérique, trente heures après la mort.

Les reins sont rouges, congestionnés. *La membrane interne des calices et des bassinets offre des arborisations vasculaires qui lui donnent une couleur rouge.*

La vessie, entièrement vide, est revenue sur elle-même. Sa membrane interne est parsemée d'une grande quantité d'ecchymoses oblongues, d'un rouge vif, tranchant sur le fond assez pâle de cette membrane. Ces ecchymoses ont pour siége principal les circonvolutions formées par les plis de la membrane indiquée, et sont tapissées de petites plaques grisâtres, faciles à détacher.

Obs. XV.—Le nommé Cordhomme, âgé de 36 ans, fut admis à la Clinique de la Charité, le 4 mars 1847. Une attentive exploration nous fit reconnaître chez lui une grave affection organique du cœur et de l'aorte (1).

Dans le cours du mois de juin, il survint une affection aiguë de la poitrine, qui nous obligea de recourir à une saignée et à une application de ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine (25 juin).

Le 26. *Large vésicatoire sur toute la région scarifiée.*

Le 27. Le malade se plaint d'avoir eu de fréquentes envies d'uriner, et des douleurs pendant l'émission des urines. Les urines du matin sont légèrement troubles et d'un jaune assez foncé. *Au fond du vase qui les contient*, il existe une masse floconneuse, *du volume d'un pois, ressemblant à une concrétion fibrineuse ou pseudo-membraneuse, et à la surface de laquelle on distingue deux ou trois points rouges. Traitées par l'acide nitrique*,

(1) Voici les termes de notre diagnostic et de notre pronostic : *Hypertrophie* considérable du cœur (*le poids de cet organe peut être évalué à 690 grammes environ*); *dilatation ovoïde de l'aorte sous-sternale avec dégénérescence crétacée de sa membrane interne, dont la surface est inégale et raboteuse.—Casus insanabilis.*

les urines précipitent très-abondamment en blanc; quand on agite la masse du liquide, elle prend l'aspect et la consistance d'un looch ou d'une émulsion.

Le 28. Les urines ont été rendues sans douleur, et n'offrent aucun dépôt; elles sont parfaitement claires, assez mousseuses, et *précipitent très-abondamment par l'acide nitrique.* A partir de ce jour jusqu'au 20 juillet suivant, les urines, examinées chaque matin, continuèrent à précipiter par l'acide nitrique. Le malade était, d'ailleurs, guéri de l'affection intercurrente pour laquelle nous avions appliqué un vésicatoire volant.

Le 20 juillet. Le pouls est redevenu fébrile (il est à 120); oppression très-forte avec douleur à la partie postérieure de la poitrine, avec râle crépitant des deux côtés.

Large vésicatoire de chaque côté de la poitrine, en arrière.

Les 21 et 22. Les urines, traitées par l'acide nitrique, précipitent plus abondamment encore que les jours précédents.

Les 23 et 24. L'albuminurie persiste. Aggravation des symptômes (*souffle bronchique et bronchophonie*); infiltration générale des membres inférieurs (dès le 17, de l'œdème s'était manifesté aux malléoles) et bouffissure du visage, etc.

Malgré l'application d'un nouveau vésicatoire, le malade succombe le 26 à cinq heures du matin.

Autopsie cadavérique, le 27 au matin.

État de l'appareil urinaire. Les reins, d'un volume un peu plus que normal (12 à 13 centimètres de longueur, sur 6 à 7 de largeur), sont d'un rouge assez prononcé, si ce n'est à la surface antérieure et au sommet du droit, où l'on remarque de la pâleur. La capsule de ces organes, opaque en certains points, adhère assez fortement à leur surface, mais s'en détache sans emporter avec elle aucune parcelle de la substance corticale.

La membrane interne des calices, de bonne consistance, un peu épaissie, offre une injection arborescente, qui, dans une portion du bassinet droit, se change en un piqueté d'un rouge très-vif et comme rutilant.

Je laisse de côté la description des altérations des autres organes. Je dirai seulement que nous rencontrâmes celles que nous avions diagnostiquées, et, de plus, *une aorte double*, vice de conformation non encore observé. (J'ai communiqué ce fait à l'Académie royale de médecine, et je l'ai publié dans l'*Union médicale*, numéro du 14 août 1847.)

C'est le seul cas d'albuminurie cantharidienne qui ne se soit pas dissipée au bout de quelques jours. Il est vrai qu'un très-large vésicatoire fut appliqué sur la partie scarifiée, et qu'il en résulta

des symptômes très-prononcés d'irritation du côté de l'appareil génito-urinaire. Nous noterons que deux autres vésicatoires, appliqués plus tard sur la même partie non scarifiée, augmentèrent l'albuminurie qui avait persisté.

L'infiltration des membres inférieurs et la bouffissure du visage, survenues plus tard, nous paraissent devoir être rapportées à la fois et à la prolongation de l'albuminurie et à la double affection du cœur et de l'une des deux aortes de ce sujet, affection qui opposait un obstacle évident au cours du sang veineux.

SECONDE CATÉGORIE. — *Observations relatives aux sujets chez lesquels des vésicatoires ont été appliqués sur la peau non scarifiée.*

Je ne rapporterai que deux cas dans lesquels l'application de vésicatoires sur la peau intacte a été cause d'albuminurie. Ce phénomène a manqué chez plusieurs des malades auxquels des vésicatoires ont été ainsi appliqués. Je n'ai pas encore recueilli assez de faits pour pouvoir établir, d'une manière positive, quelle est la proportion des cas du premier genre par rapport à ceux du second.

OBS. XVI. — Le nommé Valette, âgé de 55 ans, était affecté d'une hypertrophie du cœur et d'une induration valvulaire du même organe, à la suite d'un rhumatisme articulaire prolongé, lorsqu'il fut admis dans notre service, le 16 juillet 1847. Il existait aussi, alors, une bronchite sibilante et de l'emphysème pulmonaire.

Une saignée de trois palettes fut pratiquée le jour de son entrée.

Le 17. *Un large vésicatoire sur chaque côté de la poitrine, non préalablement scarifiée.*

Le 18. Le malade dit que les vésicatoires lui ont causé de fortes douleurs ; mais il assure n'avoir pas eu d'envies d'uriner plus fréquentes qu'à l'ordinaire.

Urines de ce matin, d'un jaune paille, bien transparentes, fortement bulleuses, et déposant abondamment par l'acide nitrique, de manière à prendre la consistance d'une émulsion ou d'un looch d'un blanc un peu sale.

Les 19 et 20. Les urines ne précipitent pas par l'acide nitrique.

OBS. XVII. — Just Crépy, âgé de 39 ans, était affecté d'une bronchite générale, compliquée d'emphysème pulmonaire, lorsqu'il fut admis à notre Clinique le 27 juillet 1847.

Le 28. Les urines d'un jaune assez foncé, transparentes, ne se troublent point par l'acide nitrique.

Large vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine, non préalablement scarifiée.

Le 29. Le malade dit n'avoir pas souffert en urinant; les urines

sont transparentes, et se troublent sensiblement, quoique médiocrement, par l'acide nitrique.

Le 30. Les urines, d'un jaune-ambré, ne se troublent pas sensiblement par l'acide nitrique.

(La suite à un prochain numéro.)

Note sur l'emploi thérapeutique du calomel; par M. le docteur HIGGINS.

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharmac., janvier 1848.)

Je regrette que la majorité des médecins, en France, possède des notions si vagues et si incertaines sur le calomel, et je ne puis m'en rendre raison que par la crainte qu'inspirait le médicament à plusieurs d'entre eux. Jusqu'à ces dernières années, ils le prescrivaient, non habituellement, mais seulement de temps en temps; d'où il arrivait que beaucoup de praticiens avaient des idées fort erronées sur la valeur de ce minéral précieux.

Je ne parle pas en Anglais prévenu en faveur du remède; je n'ai aucun préjugé; mais je parle d'après l'expérience, ayant l'habitude de prescrire constamment et le calomel et la pilule bleue (*blue pill*) depuis près de vingt ans, et j'espère que mes confrères français voudront bien vérifier sur leurs clients l'exactitude de mes observations.

Nous devons reconnaître que les troubles fonctionnels des viscères abdominaux constituent l'immense majorité des cas pour lesquels un médecin est consulté. S'il en est ainsi, quel est le premier devoir du praticien? Evidemment, c'est de s'assurer si le dérangement est ou non produit par un état inflammatoire ou une irritation de quelques-uns des tissus membraneux ou parenchymateux contenus dans la cavité abdominale; sans préjudice, bien entendu, des recherches à faire dans toutes les autres parties de l'économie.

Si les symptômes indiquent ou l'une ou l'autre de ces causes, il faut que le traitement soit dirigé selon le degré ou l'intensité de l'irritation, c'est-à-dire par des déplétions sanguines et des émollients. Supposons, ce qui arrive le plus ordinairement, que cette irritation soit dans la muqueuse gastrique, qu'elle ait été considérablement diminuée par suite de l'application des sangsues et l'usage des émollients, que la sensibilité à la pression sur la région épigastrique soit devenue bien moins forte, que la langue soit devenue moins blanche, et que le malade, comme cela arrive souvent, se trouve affaibli par suite de la perte de sang, qu'est-ce que nous devrions faire à ce point de la maladie? Devrions-

nous, comme l'école de Broussais, attendre dix, quinze ou vingt jours avant d'administrer un purgatif? Devrions-nous continuer l'usage de l'eau gommée ou de toute autre boisson émolliente pendant à peu près le même temps, ou aussi longtemps que la moindre apparence de blancheur s'observe sur la langue, ou que la moindre trace de sensibilité à l'épigastre persiste? Je pense que non; je suis certain que nous ne le devrions pas. — Les affections morbides de cette espèce sont constamment suivies par une modification des sécrétions biliaires et autres, et il arrive rarement que les forces naturelles suffisent à ramener ces dernières à leur condition normale.

A une époque alors qui varie de deux à cinq ou six jours, depuis le commencement de l'attaque, un purgatif est indiqué; mais quel purgatif? Le choix en est-il indifférent? — Nullement. En France, l'huile de ricin et l'eau de Sedlitz sont les deux médicaments prescrits 9 fois sur 10. Ils ne sont applicables, selon moi, que dans le plus petit nombre des cas, c'est-à-dire dans ceux où nous avons encore des doutes quant à la persistance d'un certain degré d'irritation dans la membrane gastro-intestinale; et où cependant les bons effets provenant de la déplétion sanguine ayant paru cesser, nous jugeons à propos d'avoir recours à une révulsion sur le canal intestinal. En un mot, j'enverrais l'huile de ricin en éclaireur pour savoir si les intestins supporteraient le médicament qui, dans mon opinion, est presque invariablement nécessaire pour ramener l'état normal des sécrétions.

Ce médicament est le mercure sous une forme ou sous une autre, mais généralement le proto-chlorure ou calomel. Il est presque toujours indiqué sur le déclin des irritations abdominales, après les déplétions sanguines et l'usage des émollients; et, avec l'exception ci-dessus mentionnée, nous ne devrions jamais hésiter à l'administrer de bonne heure (de deux à six jours depuis le début), car, en agissant ainsi, nous épargnons à notre malade une convalescence longue et pénible, et nous faisons une guérison tout aussi sûre.

Il est nécessaire que j'explique pourquoi j'ai une aussi grande confiance dans le mercure, et pourquoi je le regarde comme préférable dans la plupart des cas. — C'est parce qu'il exerce sur la sécrétion biliaire une influence que nul autre médicament n'est en état de produire. Et comme un dérangement de cette sécrétion constitue l'indisposition la plus fréquente à laquelle le corps humain soit sujet, je regarde naturellement d'un œil favorable un remède si précieux.

Mais revenons au cas supposé où nous ayons administré une

dose d'huile de ricin ou d'eau de Sedlitz. Je disais que, généralement parlant, nous devrions avoir recours plus tard à une dose de mercure; et la raison? parce qu'après de telles attaques, la couleur des déjections est ou noirâtre ou brune, blanchâtre ou couleur d'ocre, etc.; en un mot, de toutes les nuances, hors la naturelle; et j'ai toujours observé qu'à l'exception de quelques tempéraments vigoureux, où la nature du purgatif est indifférente, une ou deux doses de mercure sont nécessaires pour ramener la couleur normale. Vous pouvez donner de l'huile de ricin ou de l'eau de Sedlitz, la rhubarbe ou la magnésie, la scammonée ou l'aloès, ou tout autre purgatif de la matière médicale, et vous produirez une purgation, mais vous ne réussirez pas à rétablir l'état normal de la sécrétion biliaire, dont le trouble est indiqué par la couleur des déjections, à moins que vous n'ajoutiez un peu de calomel ou de pilule bleue aux autres médicaments.

J'ai supposé un cas où l'irritation première était assez considérable pour demander des déplétions sanguines, et où il ne serait convenable d'administrer du mercure qu'en second lieu. Mais combien de cas le praticien ne rencontre-t-il pas d'attaques éphémères, où la déplétion n'est pas véritablement indiquée, et où le calomel, combiné à des sudorifiques, produit une guérison rapide!

Les cas les plus nombreux où le mercure est indiqué et où il est moins employé qu'en France, sont cette série d'indispositions comprises sous les noms de dyspepsie et d'embarras gastrique, sans mouvement fébrile, où il existe ordinairement de la constipation, mais quelquefois de la diarrhée accompagnée de couleur morbide des déjections. La langue est sale, brune, jaunâtre ou rouge pâle; il y a un mauvais goût à la bouche et une mauvaise haleine; des maux de tête et d'autres symptômes qu'il n'est pas nécessaire d'énumérer.

Dans tels cas, les purgatifs ordinaires soulageront, et chez quelques personnes à fonctions vigoureuses, ils suffiront pour la guérison; mais chez la grande majorité, si vous n'ajoutez pas un peu de mercure, l'état poisseux de la bouche persistera ainsi que la perte d'appétit et la couleur morbide des matières fécales.

Je suis parfaitement convaincu que, quand cette série de symptômes se présente, le mercure est nécessaire, et que, s'il est administré avec prudence, il effectuera la guérison *cito* et *tuto*; je voudrais pouvoir ajouter *jucundè*, mais je ne connais guère de traitement médical auquel cette épithète soit applicable, si j'excepte toutefois le traitement combiné, récemment introduit

par le docteur Alexis et le docteur Alexandre Dumas, qui est véritablement *jucundè* et rafraîchissant.

Voilà l'application journalière du mercure. Mais dans combien de cas son usage, comme auxiliaire, n'est-il pas indiqué? Il aide puissamment à l'action des antimoniaux et de l'ipécacuanha comme sudorifique, de la scille et de la digitale comme diurétique, de l'iode comme résolutif, etc., etc., sans parler de son influence spécifique sur le virus syphylitique.

L'énumération des nombreuses affections auxquelles le mercure est applicable me mènerait trop loin, et je me hâte d'arriver à l'objet principal de cette lettre, qui est l'exposé de ses doses et de son mode d'administration.

Le docteur Godefroy dit qu'il résulte de ses expérimentations, qu'on peut donner le calomel à des doses qui varient de 1 à 6 grammes. J'avoue que cela m'étonne. Je ne mets nullement en doute sa bonne foi, et je suis persuadé que, dans tous les cas où il a administré ces doses énormes, le médicament a traversé librement les intestins et est sorti rapidement du corps. Mais qui assure qu'au prochain cas, où il administrerait une dose de 3 ou 4 grammes de calomel, l'absorption ne s'en ferait pas, donnant ainsi lieu à une salivation effrayante, et qui produirait peut-être une eschare à la bouche? Où serait l'avantage de courir un tel risque? Il n'y en a aucune nécessité; car je dis positivement et je maintiens que, quand le calomel est indiqué comme purgatif, 3 à 25 centigrammes (selon l'âge) sont la dose suffisante et convenable.

Mais le donnerai-je seul? point du tout. Que ceux de mes confrères français, qui possèdent des notions peu précises sur le mode d'administration du calomel, me permettent de leur dire que, toutes les fois qu'ils ont besoin de le prescrire comme purgatif, jamais ils ne devraient l'ordonner seul, pour deux motifs: le premier, c'est qu'il faudrait faire prendre une forte dose pour agir par bas; et, comme je l'ai déjà fait remarquer, nous ne sommes jamais certains que son action ne se portera pas sur les glandes salivaires. Le second motif, c'est que le calomel seul, à dose purgative, donne lieu ordinairement à des coliques et souvent à des nausées.

Pour agir comme purgatif, le calomel doit être donné combiné avec un ou plusieurs médicaments suivants: la rhubarbe, la scammonée, le jalap, l'aloès, la coloquinte, la magnésie, etc., selon les indications.

Quand se présentent la langue chargée, la mauvaise haleine, les évacuations colorées dont j'ai parlé, nous devrions donner de

15 à 20 centigrammes de calomel avec pareille quantité de scammonée, 10 à 15 centigrammes de rhubarbe, et 10 à 15 de cannelle ou de gingembre mêlés ensemble et administrés en poudre ou préparés en trois ou quatre pilules. Si nous voulons une action plus forte, nous prescrivons le jalap au lieu de la rhubarbe, et si la constipation est augmentée par suite d'accumulation de matières fécales dans le colon et dans le rectum, nous ajoutons 5 à 7 centigrammes d'aloès ou de coloquinte. Si c'est un enfant, la combinaison du calomel et de la magnésie est douce quant à ses effets, et suffisamment efficace.

Il ne faut pas oublier que le calomel, donné dans la vue de purger, devrait toujours être suivi, quelques heures après, par une potion liquide, telle qu'un ou deux verres d'eau de Sedlitz, ou 60 à 100 grammes d'infusion de séné, ou 15 à 30 grammes de sulfate de magnésie dissous dans un verre d'eau tiède, etc. Cette pratique a un double but, celui d'aider l'action des purgatifs solides, et celui d'empêcher l'absorption du mercure. Si on donne les pilules ou la poudre seules, elles n'agiront pas toujours suffisamment; et cependant si, dans le but d'épargner au malade le désagrément de prendre consécutivement un purgatif liquide, vous administrez une plus forte dose de calomel et des autres médicaments indiqués, vous courez le risque de provoquer une superpurgation ; il est donc d'une bonne pratique d'administrer un des liquides en question.

Lorsque notre intention est d'administrer le calomel comme sialagogue, nous devons le donner à des doses minimes, qui varient, selon l'âge et le tempérament de l'individu, de 1 à 10 centigrammes toutes les deux ou trois heures, combinés avec un peu de sucre ou avec 10 à 20 centigrammes d'oxide blanc d'antimoine (poudre de James), ou avec une dose pareille de la poudre d'ipécacuanha composée (poudre de Dower), lesquelles sont d'excellentes combinaisons dans ces attaques fébriles éphémères déjà signalées, ainsi que dans une multitude d'affections où une action alternante et dérivative sur le système glandulaire est indiquée. Il faut nécessairement que les doses modérées de calomel ici conseillées soient un peu augmentées dans les inflammations rapides et violentes de certains organes essentiels à la vie, où les déplétions sanguines ont été portées aussi loin que possible et où une dérivation est demandée sans délai.

On verra toutefois que, dans l'immense majorité des cas, les doses minimes seront les plus efficaces, ainsi que les plus sûres, car je demanderai encore une fois, à moins que le danger ne soit imminent, où est l'utilité d'administrer des doses assez fortes

pour courir le risque de produire une salivation terrible qui serait infiniment pire que la maladie elle-même ? En donnant les doses que j'ai spécifiées, c'est le médecin qui a toujours le dessus et non pas le calomel.

Il y a une autre préparation mercurielle appelée *pilule bleue* (blue pill), qui est autant en usage en Angleterre que le calomel. C'est du mercure éteint dans de la conserve de roses. Elle a sur le calomel l'avantage que son action est plus douce et qu'elle a une moindre tendance à produire des coliques. Sa dose doit être un peu plus forte que celle du calomel, de 10 à 30 centigrammes ; mais il ne faut pas l'administrer seule, non plus que le calomel, si ce n'est dans les cas où nous voulons exciter le ptyalisme.

Après avoir tant parlé des cas où l'usage du mercure est applicable et où ses bons effets sont bien constatés, je devrais maintenant dire quelques mots sur ceux où son administration est contre-indiquée. Ce sont tous les cas de constipation où la langue reste nette ou à peu près ; où il n'y a pas de mauvaise haleine, et où la sécrétion biliaire paraît peu altérée, mais où il existe une inertie naturelle ou accidentelle des fibres musculaires du tube intestinal. Là, des pilules, composées exclusivement de médicaments du règne végétal et sans aucun mercure, sont évidemment les remèdes convenables, surtout quand il y a torpeur de l'intestin grêle, auquel l'influence des lavements ne peut atteindre.

Les personnes qui sont obligées de prendre habituellement des pilules apéritives ne devraient faire usage que de celles végétales, et n'avoir recours au mercure que le moins souvent possible. De temps en temps, cependant, quand les symptômes auxquels j'ai si souvent fait allusion surviennent, alors l'administration du mercure devient nécessaire, mais il doit être donné avec toute la prudence et toute la sécurité que j'ai conseillées.

Des ulcérations dans la cavité buccale, ainsi que quelques idiosyncrasies particulières (assez rares d'ailleurs), constituent des contre-indications au mercure. A part ces cas, il est applicable sous une forme ou sous une autre à la majorité de nos maladies, et il est certainement le médicament le plus précieux que nous possédions.

J'espère que, si l'honorable docteur Godefroy lit cette note, il voudra bien vérifier les notions qu'elle contient, et je suis porté à croire que, si le hasard lui eût fait tomber sous les yeux deux articles, à peu près sur le même sujet, que j'ai publiés il y a quelques années dans la *Gazette médicale de Paris* (en décembre

1843 et mars 1845), il n'aurait pas eu le courage d'administrer, en une seule fois, 2, 3, 4, 5 et jusqu'à 6 grammes de calomel.

Lettre à M. Bretonneau sur les aphthes de la partie inférieure du gros intestin, vulgairement dits fissures; par M. MIQUEL (d'Amboise).

(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

Mon cher Maître,

En 1833 et 1834, j'ai publié dans la *Lancette* quelques observations de fissure à l'anus. Le but que je m'étais proposé, et que je crois avoir atteint complétement, était de démontrer que cette maladie est toujours le résultat d'une ulcération souvent très-petite, toujours superficielle et très-douloureuse; que cet ulcère a la plus grande analogie avec les aphthes et certaines ulcérations auxquelles sont sujettes toutes les surfaces de rapport, telles que la peau, la conjonctive, la muqueuse vulvaire, enfin la bouche; que le spasme du sphincter n'en est jamais la cause, mais l'effet; que ce qui perpétue les accidents, ce sont les tiraillements produits par la défécation; qu'il suffit de dénaturer cet ulcère pour faire cesser le spasme; que l'opération doit être restreinte à un très-petit nombre de cas, et faire place aux astringents énergiques.

Dans ces deux notes, je croyais avoir dit, succinctement il est vrai, tout ce qui est nécessaire au praticien pour le traitement de cette maladie. J'eus bientôt occasion de reconnaître que non; car, quelque temps après, une jeune tapissière d'une ville voisine vint me consulter pour une fissure qui lui était survenue après son accouchement. Je fis des applications de dissolution de nitrate d'argent; elles ne purent atteindre le bord supérieur de l'ulcère, et par conséquent furent seulement très-soulageantes; je proposai l'opération, elle fut refusée : la guérison fut très-lente.

Le pas qu'il fallait faire le fut par vous, qui mîtes en œuvre les lavements de ratanhia; par ce moyen, il n'est plus à craindre que la trop grande élévation du mal dans le rectum fasse échouer les topiques. J'ai trouvé dans vos succès et ceux de vos disciples une preuve de mes assertions sur l'étiologie de cette maladie; c'est donc une affaire sur laquelle le temps doit faire le reste; et comme il faut lui aider autant que possible, il me semble qu'il y a encore quelque chose à dire, non pas sur le fond, mais sur quelques détails du traitement. Je crois que sur cela nous serons aussi complétement d'accord que sur le reste.

Les observations rendues publiques, où les succès du ratanhia sont incontestables, ne font pas, je crois, suffisamment ressortir la nécessité de donner alternativement des lavements entiers huileux, émollients, afin de tenir le ventre libre et faire que les excréments soient moins solides et par conséquent moins vulnérants; ce qui est indispensable, puisque les astringents ont, il faut le dire, l'inconvénient de les durcir et de rendre le bouchon stercoral rugueux, d'où déchirure ou tout au moins excoriation à chaque selle, et par conséquent entretien du caractère douloureux de l'ulcère, que le traitement a pour but d'abord de lui faire perdre.

Ces détails sont sans doute très-inutiles pour quelques médecins; mais les faits suivants vous feront voir qu'ils ne sont pas aussi oiseux que vous pourriez le croire.

Vous avez probablement eu occasion de rencontrer des fissures placées trop au-dessous du bord supérieur du sphincter, pour que le petit ulcère fût suffisamment baigné et modifié par la matière du lavement. Alors ce moyen échoue. Je ne veux pas vous parler des cas où il se trouve tout à fait à la marge de l'anus, pour lesquels M. le professeur Trousseau emploie tout simplement les lotions ratanhiées, et que je touche avec le nitrate d'argent; je veux parler de ceux qui siégent dans l'anneau anal même.

Obs. I. — Le premier cas de ce genre me fut fourni par un pauvre bûcheron, de Montreuil, pour lequel j'essayai les quarts de lavements ratanhiés et des lotions fort astringentes, et, de plus, un liniment composé de parties égales d'opium de Rousseau, d'extrait de saturne et d'huile, qui est souvent fort efficace : cela fut à peine soulageant. Je pensai à essayer des mèches mises dans le rectum, comme je vais vous le dire plus loin; mais ce pauvre diable était mal entouré ; il lui aurait fallu venir se faire panser à Amboise. De plus, il avait besoin de moyens expéditifs; je fis l'incision du sphincter.

Je ne connaissais pas les modes de traitement de MM. Jobert et Récamier : le premier, qui consiste à faire l'ablation de l'ulcère, quand elle est possible ; l'autre, dit le massage en cadence, consiste à forcer le passage par l'introduction de la main, ce qui, sans doute, fait de l'ulcère une plaie par déchirement. Le mérite incontesté des deux pères de ces inventions ne peut les sauver de l'inconvénient d'être par trop excentriques. N'en parlons plus et revenons aux mèches, dont l'usage bien entendu peut rendre de véritables services. J'en ai obtenu de si bons résultats dans deux cas, que je vais vous les raconter, au risque

d'être un peu trop long ; au surplus, ces deux histoires confirmeront la valeur des préceptes donnés plus haut.

Obs. II. — Je fus consulté, il y a deux ans, en l'absence du médecin voisin, pour l'épouse adultérine d'un ex-officier supérieur de gendarmerie, qui souffrait d'une fissure à l'anus depuis son dernier accouchement. Plus prude qu'une innocente, ce n'était pas directement qu'elle demandait mes conseils : c'était par l'intermédiaire du père de ses enfants.

Son premier médecin lui avait fait prendre des quarts de lavements au ratanhia, mais il avait omis la précaution essentielle de tenir le ventre libre par des lavements entiers émollients huileux ; enfin, il n'avait rien fait pour rendre les bouchons stercoraux moins durs, moins rugueux ; aussi chaque selle était tellement douloureuse, que médecin et malade faisaient tout pour les rendre plus rares. Les matières étaient à demi coiffées de mucosités et d'un peu de sang.

Comme vous le pensez sans doute, je substituai au régime animalisé une diète herbacée ; je fis précéder les lavements ratanhiés, rendus plus actifs, de lavements entiers huileux laxatifs. Le changement de l'état des selles fut aussi prompt que le soulagement ; mais, après un laps de quinze jours, il me fut démontré que le mieux ne serait jamais complet ; que les lavements ne pouvaient pas modifier l'ulcération tout entière. Dès lors, je fis appliquer des mèches enduites d'un mélange de parties égales d'huile, de laudanum de Rousseau et d'extrait de saturne, qui eurent un plein succès.

Dans le fait suivant, vous verrez comment je les fais mettre. Je tiens d'autant plus à le dire, que là se trouve une preuve de plus que le sphincter n'est contracté spasmodiquement que par la douleur de l'ulcère.

Obs. III. — M. M.... était traité depuis longtemps par un médecin trop aisé à fâcher, et duquel il dépendait. Vaincu par la douleur, il me consulta ; c'était une fissure qui guérit promptement sous l'influence des quarts de lavements ratanhiés et opiacés. Il y avait au moins un an que j'avais donné ce premier avis, quand ce même malade me consulta de nouveau pour des accidents semblables aux premiers ; cette fois, la fissure avait été reconnue et traitée par des mèches enduites d'extrait de belladone, aussi difficiles à supporter que leur introduction était douloureuse. On avait proposé l'opération à ce malade, que vous connaissez pour très-pusillanime : il était au désespoir quand il revint me voir.

L'anus était rouge et douloureux à gauche ; je ne pus rien y

introduire pour m'assurer jusqu'à quelle hauteur l'ulcère remontait. Quoiqu'il me parût trop haut pour être modifié par les applications externes, et trop bas pour que les lavements ratanhiés fussent profitables, le malade avait tellement souffert des mèches, qu'il demanda à essayer les lavements et les lotions simultanément ; je cédai à ses instances ; mais, comme je m'y attendais, il n'en résulta que du soulagement, et la possibilité de pouvoir un peu mieux entr'ouvrir l'anus, où se voyait le bord inférieur d'un petit ulcère à fond grisâtre et à bords rouges.

Je dus donc faire revenir mon malade à l'usage des mèches ; mais voici comment je les mis : elles étaient peu grosses, et enduites d'un mélange de parties égales d'huile de laudanum de Rousseau et d'extrait de saturne ; puis on les logeait dans un gorgeret de bois gros comme le doigt, fortement cannelé, dont le bout était bien arrondi. L'introduction se faisait sans douleur, en appuyant assez fortement sur la paroi intestinale opposée à l'ulcère que la mèche regardait ; quand il était suffisamment entré, la pression se faisait sur le sens opposé, ce qui appliquait la mèche sur le mal ; puis, pendant qu'on poussait cette dernière, on faisait suivre au gorgeret une marche inverse à celle qu'on lui avait fait prendre pour son introduction.

Le malade comprit très-bien le but de cette petite manœuvre, qui ne lui était pas du tout douloureuse ; il la fit avec intelligence, et le but désiré fut atteint.

Est-ce là tout ce qu'il y a à dire sur ces sortes d'ulcérations du bout inférieur du gros intestin, que je crois devoir appeler *aphtheuses*, malgré les critiques dont ce nom est susceptible ? Je ne le crois pas ; aussi je vous prie de m'accorder encore un peu d'attention pour les observations suivantes qui, quoiqu'elles laissent à désirer, me semblent devoir être citées dans leur ordre chronologique.

Obs. IV. — Mme P..., que j'ai vu élever, et qui, depuis son mariage, habite Paris, où elle a fait plusieurs fausses couches, redevint grosse ; je conseillai aux parents de la rappeler près d'eux pour tâcher que cette grossesse vint à bien.

L'accouchement eut lieu à terme, fut prompt ; les suites furent courtes d'abord ; mais une constipation presque constante empêchait le rétablissement complet ; quel que fût le choix des aliments, les digestions restaient toujours pénibles ; des douleurs sourdes dans le ventre suivaient chaque repas ; le volume de ces derniers ne me semblait pas étranger à l'acuité des souffrances ; je soupçonnai un obstacle à l'extrémité inférieure de l'intestin ; j'en accusai des hémorrhoïdes internes fort élevées ; les matières

des selles étaient en crottins durs, souvent coiffés de mucosités.

Je fis prendre tous les jours des lavements huileux entiers; puis des quarts de lavement avec une décoction de ratanhia, 4 grammes dans eau commune 120, et gouttes de Rousseau VIII; garder ce dernier. En huit jours, les selles furent faciles; le mieux fut prompt et bientôt complet.

OBS. V. — J'en étais à ce seul fait de Mme P...., pour lequel j'avais mieux réussi que raisonné, quand un ami me mit dans l'obligation d'essayer, disait-il, quelque chose de soulageant pour Mme G...., parisienne, envoyée en province comme tant d'autres, vous savez pourquoi. Il y avait dix ans que, depuis son dernier accouchement, cette dame avait vu successivement ses digestions devenir mauvaises, des accidents nerveux surgir; tout cela, notez bien, était avec accompagnement d'une constipation presque permanente; les selles n'avaient lieu communément que tous les huit jours, et elles étaient entièrement composées de crottins.

Pour éviter de souffrir, cette dame évitait de manger; elle s'était habituée à choisir les aliments les plus substantiels et les moins volumineux; elle était bien, mais faible à jeun; elle souffrait dès qu'elle avait mangé.

La jeunesse de cette malade avait été exposée à de rudes épreuves, qui s'étaient continuées jusqu'à l'époque de son mariage; ses qualités seules l'avaient fait rechercher; si ces raisons n'excluent pas toujours la pensée d'accidents nerveux dont on doit faire justice, au moins il l'éloignent; cette réflexion me décida à chercher.

Les moyens conseillés par divers avaient tous été puisés dans les calmants et les ferrugineux; ces derniers avaient eu un effet purgatif et ils avaient été soulageants. L'avaient-ils été comme martiaux ou comme purgatifs? telle était la question; le seul soulagement qui avait été obtenu avait paru leur appartenir. On ne les avait cessés que parce que les selles étaient devenues très-sanguinolentes.

Des hémorrhoïdes externes fréquentes, une menstruation régulière et peu abondante, un sommeil rare et peu réparateur, une grande faiblesse, le teint étiolé, mais qui n'avait aucunement le cachet de la chlorose, encore moins celui d'une phlegmasie chronique ou de lésions organiques, me firent comparer ce fait au précédent. Pensant que la différence tenait à la durée des accidents, je conseillai le même traitement, que je crois inutile de détailler; il suffit de dire que Mme G...., après un mois, allait à la garde-robe, mangeait, prenait de l'exercice presque

aussi bien que toute autre personne de son sexe et de sa condition ; elle a repris ses habitudes parisiennes, et le mieux s'est maintenu ; elle a un teint frais et un embonpoint qu'elle n'avait jamais eus auparavant.

Obs. VI. — Le troisième malade fut M. C...., qui fut l'occasion de mes premières observations sur la fissure. Depuis son opération, ce malade ne souffrait plus pour aller à la selle, mais il était resté avec ce que j'appelais une monomanie des lavements ; il était à l'affût des recettes purgatives. Depuis ce temps, vous et deux autres de nos confrères de Tours, ainsi que moi, nous nous sommes renvoyé bien des fois cet hypochondriaque, jusqu'au moment où, appelé dans son pays natal, non nanti de sa seringue, il assista à un déjeuner de chasse où il fut sobre comme à son habitude. Par précaution, le soir, il refusa de dîner ; le lendemain, à son lever, son hôte lui fit accepter un potage à l'oseille qui fut si immédiatement suivi de fortes coliques, que M. C.... se crut empoisonné ; il n'eut point de garde-robes ; les accidents se calmèrent insensiblement. La diète de ce jour fut interrompue le lendemain par un nouveau potage aux herbes fait dans une autre maison : les accidents de la veille se renouvelèrent complétement ; il se rendit immédiatement chez moi. Ce récit fut un trait de lumière, et, dès ce moment, je le soumis aux lavements huileux et à des quarts de lavements opiacés ; peu de jours après, notre malade alla mieux à la selle. Son hypochondrie a disparu ; il ne lui reste de tourment qu'une sciatique qu'il avait antérieurement et qu'il traite à sa manière.

Les collyres opiacés, dans certaines ophthalmies, sont, je crois, un sûr garant que l'opium agit comme astringent sur la muqueuse anale.

A ces trois faits je pus bientôt en joindre d'autres, sans qu'il me vînt à la pensée que ce n'étaient pas des hémorrhoïdes qui causaient ces accidents, puisque, quand ce sont elles, ou bien il y a constipation momentanée et complète, ou bien les matières sont aplaties si elles sont demi-solides. Ce ne fut qu'assez tardivement que je reconnus mon erreur.

Obs. VII. — Cette fois, il s'agissait d'un jeune paysan de Larçay, nommé Moreau ; ce garçon bien constitué, chez qui tout semblait démontrer la santé la plus parfaite, éprouvait depuis quelques mois une constipation avec douleurs de ventre, souvent suivies de vomissements ; ces accidents étaient quelquefois si forts, si inopinés, que son médecin crut à une lésion néphrétique. Beaucoup de calmants avaient été tentés sans succès.

Dans le long récit que je me fis faire, une chose me frappa : c'est que l'huile de ricin avait été administrée à dose purgative, que cette évacuation avait été soulageante, assez pour que Moreau pût reprendre ses travaux et son régime habituel ; qu'il n'avait plus été souffrant que lorsqu'il devait aller à la selle ; que ses douleurs, depuis ce temps, n'avaient plus eu leur première acuité pendant deux mois ; que les accidents étaient depuis revenus tout aussi forts et plus fréquents.

Je trouvai l'urine normale et assez abondante, le ventre souple paraissait un peu mat sur le trajet du gros intestin ; il était tout à fait indolore, la peau était bonne, le pouls normal.

Je fis donner un lavement émollient huileux, et ensuite introduire dans le rectum un suppositoire fait de miel frais. Le lavement fut rendu seul, mais le suppositoire produisit une selle peu dure, les matières se trouvant suspendues entre deux flocons de mucosités gros comme le poing. Moreau dit qu'il avait beaucoup moins souffert pour cette selle qu'il ne le faisait habituellement, que celle-ci était formée de matières moins solides que lorsqu'elles étaient spontanées.

J'introduisis mon doigt fort avant dans l'anus, je le fis sans produire de douleurs ; je cherchai des hémorrhoïdes, il n'y en avait pas ; toute la partie touchée me parut parfaitement saine et libre.

Nous convînmes avec son médecin de le soumettre à un régime laxatif, de lui faire prendre tous les jours un lavement huileux et tous les soirs un quart de lavement opiacé et ratanhié ; le résultat fut prompt ; ce garçon n'a plus souffert depuis.

Ce fut ce fait qui me mit au juste sur la voie de ce genre de constipation qui donne lieu à des accidents si variés, comme je vais le démontrer par les quelques faits suivants, que j'ai choisis parmi beaucoup d'autres ; car c'est une des maladies chroniques les plus fréquentes, et qui affectent les formes les plus variées.

OBS. VIII. — Mme B...., d'Amboise, âgée de vingt-huit ans, a toujours souffert depuis qu'elle est nubile ; son facies n'est point celui des chlorotiques, il est grippé, son teint est altéré profondément ; les accidents éprouvés sont l'aménorrhée, la céphalalgie, des digestions laborieuses, du dégoût, une constipation presque constante ; cette malade est très-irritable, triste, a quelquefois de la fièvre et des douleurs de ventre sourdes.

Elle a usé surabondamment des ferrugineux ; elle s'est mariée, est devenue mère sans que cela ait apporté de changement à cet état, pour lequel, malade, parents et médecin se sont immobilisés depuis douze ans.

En 1845, sa petite fille lui semblait dans un état grave, elle me l'apporta; je dus, dans cette visite, écouter en même temps l'abrégé de sa longue histoire. Je prescrivis de l'eau de Bussang factice, des absorbants laxatifs, un régime doux, et des bains de siége, qui la soulagèrent. Plus tard, je crus devoir ajouter des ferrugineux, tels que le sous-carbonate de fer uni à du gingembre. Le mieux obtenu fut bientôt perdu : la constipation augmenta ; le retour aux premiers moyens fut infructueux.

Je palpai le ventre ; il était souple, mais un peu mat quand je percutai vis à vis le gros intestin ; il y avait des hémorrhoïdes externes ; les matières fécales étaient en forme de crottes assez grosses, coiffées de mucosités et de stries sanguinolentes ; la défécation était presque toujours précédée d'un grand malaise, et ne cessait pas immédiatement. La question ne pouvait être éclaircie comme chez Moreau ; mais la grosseur des bouchons stercoraux ne permettait pas de se méprendre sur la cause de ces souffrances. Je prescrivis des lavements laxatifs quotidiens, et tous les soirs des quarts de lavement où entraient un gramme d'extrait de ratanhia et huit gouttes d'opium de Rousseau, etc.

Tous les huit jours, cette femme venait me demander s'il ne fallait rien changer à ce traitement, qui l'avait soulagée presque immédiatement ; je le fis continuer cinq semaines. Le rétablissement fut si complet qu'elle est devenue méconnaissable.

Ces faits de gastralgie, d'hypochondrie, d'aménorrhée vous suffiront ; mais voici un fait où il y avait diarrhée et accidents aigus.

Obs. IX. — Madame C*** est âgée de soixante ans ; il y a cinq ans qu'elle assure avoir éprouvé les mêmes accidents que ceux pour lesquels je suis consulté ; les suites, dit-elle, ont été très-longues ; elle appelait cela une gastrite. Cette histoire est de juillet 1847.

Une constipation de vieille date est le seul précurseur des vomissements, de la diarrhée et du dégoût absolu pour lesquels je suis appelé ; la langue est blanche, l'haleine fétide, le ventre souple, mat sur le trajet du colon ; pas de soif, pas de fièvre, pas d'hémorrhoïdes ; le rectum est libre à la hauteur du doigt. J'apprends que, depuis que le ventre a cessé d'être convenablement libre, les matières ont acquis la forme et l'aspect de celles de la maladie qui a précédé.

Je ne pense pas à attribuer les accidents qu'éprouve cette dame, assez active et robuste, à autre chose qu'à la cause qui retient les matières.

Le traitement que je fais suivre pendant toute la maladie est : diète absolue; pour unique boisson, je prescris du sirop de limons dans de l'eau, contenant en dissolution du bicarbonate de potasse à dose suffisante pour que la boisson soit alcaline, lavements huileux entiers, et quarts de lavements opiacés et ratanhiés.

Ces moyens semblent nuls pendant cinq jours; mais le soir de ce dernier jour, la débâcle commence; elle en dure huit. Pendant ce temps, il y a quelquefois trois selles par jour, toutes contenant des crottins.

Il est inutile de prolonger le récit des suites de cette prétendue gastrite; passons à une autre observation tout aussi curieuse, qui prouve que certains accidents urinaires peuvent n'avoir pas d'autre cause.

Quand vous irez à B..., chez notre confrère D..., veuillez consulter sa dame sur ce qu'elle vient d'éprouver. Voici l'abrégé de ce fait.

Obs. X. — Il y a plus de six ans qu'elle a eu pour accident de l'époque de son retour une néphrite suppurée du rein gauche. A cette époque, sa vie fut en danger; les suites en furent longues; mais elle était complétement rétablie, quand, il y a bientôt un an, elle vint en voiture découverte jusqu'à Amboise, accompagnée de ses enfants. Une pluie battante les surprit en route, et Madame D... fut mouillée complétement.

Peu de jours après cette tribulation, les accidents des années précédentes recommencèrent. Que furent-ils d'abord? Je ne pourrais le dire au juste; mais au mois d'avril dernier, j'étais dans l'appartement de cette dame, attendant son mari; pendant mon attente, elle me raconta son histoire; ce récit me convainquit qu'elle souffrait pour uriner, mais aussi elle était surtout tourmentée d'une constipation rebelle. Son épuisement était grand enfin, tel que peuvent le faire supposer plusieurs mois d'une maladie, pendant laquelle l'appétit perdu et des digestions pénibles compliquent des souffrances assez aiguës.

La constipation ayant fixé mon attention, je demandai des éclaircissements sur la forme des matières, sur ce qui les couvrait parfois; ils furent complets; je ne pouvais méconnaître que, si cet accident n'était pas la cause de troubles urinaires, au moins il les compliquait beaucoup. Je conseillai donc l'usage des quarts de lavements ratanhiés, combinés avec ceux entiers laxatifs et une alimentation appropriée.

Quinze jours après, la même cause me fit encore passer quelques instants avec cette dame, qui me fit part que, malgré sa répugnance au traitement que je lui avais conseillé, elle avait dû

céder; car les jours qui avaient suivi notre conversation avaient été des plus mauvais.

En se soumettant au ratanhia, elle commit une erreur ; j'avais dit de faire une décoction de 4 grammes de racines de ratanhia pour 120 grammes d'eau, et elle avait fait dissoudre 4 grammes d'extrait de cette même plante. L'effet de ce premier quart si fortement ratanhié fut, dit-elle, pénible. Les jours suivants, elle en diminua la dose à des proportions convenables, et n'eut plus à s'en plaindre.

Au moment où elle me faisait ce récit, c'est-à-dire douze jours après le premier essai, elle allait librement à la selle, et toutes ses douleurs de ventre, de rein, de vessie, étaient disparues comme par enchantement; elle pouvait manger sans souffrance, et il me fut facile de constater, comme elle, qu'elle se rétablissait à vue.

Je pourrais ajouter à tous ces faits encore un autre aussi bizarre d'une femme de Saint-Martin-le-Beau, Mme A..., que vous et tant d'autres avez vue comme moi, pour des vomissements avec accidents gastralgiques rebelles, à qui j'ai vu vomir du sang et plus tard des matières couleur de suie.

Comme elle allait mal à la selle, que ses matières étaient coiffées de mucosités sanguinolentes, je l'ai soumise aux mêmes moyens qui l'ont infiniment soulagée. Guérira-t-elle tout à fait de cette longue et ennuyeuse affection? Je n'ose m'en flatter, mais enfin elle est mieux. Je me demande si la cause, au lieu d'être bornée au gros intestin, n'est pas étendue à tout le tube digestif; j'ai quelques observations qui donnent de la valeur à ce doute.

Vous avez déjà compris que j'attribue les accidents en question à une ou plusieurs petites ulcérations, siégeant dans le gros intestin, ulcérations de même nature que celle qui produit la fissure.

Il peut arriver quelquefois que des hémorroïdes compliquent cette maladie, ou bien même que ces tumeurs soient ulcérées, que cette ulcération soit de même nature que celle qui siége sur la membrane muqueuse.

Il est facile de distinguer ces cas ; alors les excréments, s'ils sont mous, sont plus ou moins aplatis; et quand ils sont durs, la constipation est absolue et ne peut être vaincue. Non-seulement ils sont faciles à reconnaître, mais ils ne donnent jamais lieu à des accidents aussi décevants ni aussi durables.

Je n'entreprendrai point une description exacte de ce genre d'ulcère. Ce que j'en ai dit dans mes premières notes sur la fis-

sure, mais surtout ce que M. le professeur Blandin a dit de la fissure infrà, intrà et suprà des sphincters, me semble suffisant. Quand nous faisions des recherches cadavériques plus souvent, nous en rencontrions, et nous n'y attachions pas l'importance qu'ils méritent ; nous avons, par conséquent, laissé ce soin à d'autres plus jeunes que nous, qui sans doute ne tarderont pas à nous venir en aide.

Je n'ai point reconnu, à cette maladie, de causes qu'on puisse précisément prévenir ; sans doute les lésions traumatiques, quoiqu'elles soient plus rares dans la continuité du gros intestin qu'à son orifice supérieur, sont cependant encore celles qui, entre toutes, produisent le plus souvent ces ulcérations.

Il suffit, pour qu'il en soit ainsi, que des corps acérés se trouvent compris dans les matières fécales un peu dures. Je vais citer deux faits qui me semblent le prouver suffisamment, si l'on oubliait que c'est ainsi que s'explique très-souvent la formation de la fistule stercorale.

Outre la cause que je viens d'indiquer, qui se perpétue souvent indéfiniment par l'effet du mal lui-même, qui est la constipation, il est, je crois, évident qu'il y a des personnes qui sont disposées aux ulcérations aphteuses ; ainsi, elle ne peut être méconnue chez M. C... et chez M. M..., puisque tous les deux ont été récidivistes. Mais en voici une autre preuve dans le fait suivant, qui est trop curieux pour ne pas vous le rapporter. A son récit, vous reconnaîtrez Mme M... de V... Nous étions loin de croire tous deux, en consultant pour elle, que les lavements ratanhiés, que vous aviez déjà employés trois fois pour triompher du bouchon stercoral, devaient être beaucoup plus tard son moyen de salut.

Obs. XI. — Cette dame, d'une famille tout entière sujette aux aphtes, se maria tard ; le coït lui fut toujours très-douloureux, elle était sujette aux flueurs blanches et à souffrir pour uriner, à un point tel qu'elle se crut calculeuse ; elle n'a eu qu'un fils ; son accouchement fut très-douloureux ; elle devint assez grasse, constipée, hypochondriaque, peu après.

A quarante-huit ans, (1828) diarrhée d'abord, puis constipation rebelle, tumeur dans le flanc gauche endolori, dégoût, digestions difficiles, impossibilité de faire plus d'un repas par jour ; la somme d'aliments d'un seul repas, partagée en trois, amenait toujours une rechute le quatrième jour ; dans les nombreuses tentatives qui furent faites pour modifier son alimentation, ce n'est jamais que le quatrième jour que les accidents eurent lieu ; ils furent graves, très-compromettants, si vous vous le rappelez.

En prenant soin de vivre d'aliments légers, de ne faire qu'un repas à midi, Mme M... se rétablit assez bien. Quand elle fut guérie, une séparation se fit entre nous deux ; elle passa, pour les soins ultérieurs, en d'autres mains. Ce qu'elle acquit en dix ans, ce fut de pouvoir prendre le matin un peu de lait. Tel était son état, quand elle consulta mon gendre, M. le docteur Lagarde, au mois de mai dernier.

Une douleur du sein lui faisait craindre un squirre. Il n'en était rien ; mais elle était toujours constipée, éprouvait presque continuellement un écoulement rougeâtre par la vulve qui était odorant. Sa mère et son frère aîné ayant succombé à un squirre du pylore, la pensée d'une semblable affection à l'utérus nous vint à l'esprit.

Le toucher faisait arriver le doigt dans un canal très-étroit et saignant ; le plus petit spéculum ne put être introduit.

Des lavements ratanhiés furent donnés comme pour les autres malades ; le vagin fut touché jusqu'à son fond avec un pinceau, imbibé d'une forte dissolution de nitrate d'argent ; puis il fut fait plusieurs fois par jour des injections vaginales avec une forte décoction de feuilles de noyer laudanisée.

Le résultat de ces moyens fut que les selles redevinrent libres, que l'écoulement vaginal se tarit, que les digestions revinrent à un état que Mme M.... ne connaissait plus depuis vingt ans.

Les réflexions que fait naître ce fait n'ont pas besoin de commentaires. Je reviens aux deux faits qui prouvent comment les matières fécales peuvent recéler le corps vulnérant, et devenir cause de cette espèce de constipation.

Obs. XII. — Pendant les vendanges de 1835, je fus appelé au Moulin-du-Temple pour une grosse femme, Mme Guenault, d'une cinquantaine d'années, qui était allée vendanger huit jours auparavant ; ce jour-là, elle avait mangé copieusement des raisins ; depuis, elle n'avait pas été à la selle et faisait continuellement des efforts pour cela ; les lavements, les bains de siége avaient été inutiles.

Mon doigt, mis dans le rectum, fut littéralement piqué par les pointes des pepins de raisin qui formaient une partie d'un très-gros bouchon stercoral, que je dus rompre et amener au dehors avec le manche d'une cuiller.

Le deuxième fait est en tout semblable.

Obs. XIII.—La femme Bourgoin alla en vendanges, le 1er octobre dernier; elle mangea du raisin et des cormes. Quatre jours après, je fus appelé ; elle avait envie d'aller à la selle, et se tordait par les souffrances.

Je l'envoyai à l'hôpital, avec ordre de lui donner plusieurs lavements émollients, qui furent sans résultat.

Le lendemain, à ma visite, je prescrivis des lavements laxatifs, et le soir, un demi-lavement ratanhié et opiacé.

Le troisième jour, j'appris que la constipation, qui ne datait que de six jours, ne cédait pas ; que la pauvre femme n'avait eu de soulagement que pendant les huit heures qui avaient suivi l'administration du lavement astringent. Je mis le doigt dans le rectum, et ne fus pas peu surpris de trouver encore un bouchon stercoral, formé de marc de raisin ; il était beaucoup moins gros que celui de la femme Guenault. Je fis la même chose, mais je ne pus retirer que très-peu de matières ; il fut évident que le bouchon stercoral n'était pas retenu par son volume, ni par sa grande consistance, mais seulement par les aspérités formées par les pepins. Quand, avec la cuiller, j'amenais une partie de ces matières, je provoquais des efforts et des douleurs, non pas en proportion de la grosseur des excréments attirés par la cuiller, mais par la quantité de pepins qui heurtaient sur la muqueuse douloureuse.

Vous penserez comme moi, sans doute, que la constipation, par le fait de la douleur qu'éprouve un point assez peu étendu de l'intestin, n'a rien qui doive plus surprendre que celle qui a lieu quand l'ulcère a son siége à la marge de l'anus. Il est vrai qu'il y a encore des médecins qui persistent à voir dans la fissure un état nerveux, un je ne sais quoi, plutôt qu'un ulcère douloureux ; vous savez, mieux que qui que ce soit, ce que les erreurs demandent pour être détruites.

Les moins incrédules seront sans doute les praticiens qui ont eu à traiter cette dyssenterie qui est toujours épidémique, et qui occasionne si souvent des exfoliations plus ou moins étendues de la membrane muqueuse du gros intestin. Dans les cinq années que j'ai dû l'observer, il m'est arrivé souvent d'être rappelé pour des convalescents, qui venaient d'être pris de douleurs de ventre et d'angoisses aussi fortes que dans le fort de leur maladie ; ces accidents, qui n'étaient dus à aucune infraction, que je ne m'expliquais pas d'abord, m'effrayèrent ; j'aurais cru à une perforation, si le ventre fût devenu tendu et douloureux au toucher. Rien ne les calmait tant que ces malades n'avaient pas été à la selle et que, dans les évacuations, il ne se trouvait pas un peu de matière solide plus ou moins moulée ; d'où j'ai conclu, comme d'autres l'ont fait sans doute, que cette recrudescence inopinée des accidents était due au passage d'excréments, plus solides que tout le reste sur la partie ulcérée nouvellement ; et, pour le dire-

en passant, j'avais fini par ne plus m'en inquiéter. Le seul moyen que j'y opposais, c'était des lavements émollients. Il m'est arrivé de voir ces douleurs précéder l'expulsion de matières excrémentitielles, qui n'étaient guère plus solides que du miel.

Sur l'exercice musculaire considéré comme agent thérapeutique; par M. V. Trinquier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

La section des tendons, des muscles même, n'ayant pas encore cessé d'être à l'ordre du jour, je crois opportun de fixer votre attention sur des faits de guérison de contracture opérée par des moyens différents. Il me semble qu'il est rationnel, médical, de remonter à l'origine de ces rétractions et de chercher à saisir la filiation des événements qui ont amené ce résultat final ; on arriverait souvent à quelque indication curative, d'autant plus précieuse qu'elle servirait à modifier l'état maladif d'où provient la lésion matérielle. Mais, une opération au moyen de laquelle un membre, une partie sont redressés immédiatement, en impose aux assistants, et donne par conséquent du relief à l'opérateur ; de plus, voyant seulement la lésion locale, beaucoup de personnes pensent qu'elle seule intéresse, que le malade sera guéri entièrement et pour toujours en enlevant l'obstacle qui s'oppose aux mouvements. Hélas! l'expérience a si souvent prouvé le contraire, qu'on devrait être plus avare de couper des muscles et des tendons, ou, du moins, ne s'y décider qu'après un mûr examen des causes éloignées et de la lésion elle-même.

Vous savez qu'au nombre des causes de contractures, les plus fréquentes sont le rhumatisme, l'inflammation des articulations, les abcès profonds, les cicatrices, les paralysies partielles qui détruisent l'harmonie d'action entre les muscles antagonistes, les convulsions survenues pendant la vie intra-utérine ou après la naissance, etc. Or, n'est-il pas nécessaire de chercher l'origine et la cause du mal, et de voir, avant de couper un tendon, un muscle, s'il n'existe pas de contre-indication, ou si, par d'autres moyens curatifs, on ne pourrait pas obtenir le même résultat? Les exemples suivants prouvent qu'un redressement est possible, sans qu'il soit besoin de recourir à une opération qui, par ses suites, n'est pas sans danger, et qui, parfois, aggrave l'état du malade au lieu de l'améliorer.

J'en puiserai la majeure partie dans un ouvrage trop ignoré

en France, et dont l'auteur a retiré des effets merveilleux de l'exercice musculaire (1).

Le premier cas concerne un individu, âgé de 37 ans, qui, à la suite d'attaques répétées d'inflammation rhumatismale au genou droit ayant duré plusieurs années, eut une grande roideur à cette articulation ; la jambe pouvait bien se fléchir en arrière, mais elle ne pouvait, dans l'extension, dépasser une certaine limite. L'état général étant bon, Ward s'occupa seulement de la lésion locale, qu'il traita en faisant marcher le malade sur un plan incliné, et l'obligeant à s'y maintenir autant de temps qu'il pouvait le supporter. Cet exercice fut suspendu quelquefois à cause de la douleur qui se montrait de temps en temps ; mais, à force de persévérance, il recouvra, au bout de sept mois, l'usage entier de son membre.

Le second cas présente plus de gravité : le sujet, âgé de 13 ans, d'une constitution lymphatique, eut la jambe pliée à angle droit sur la cuisse ; cette contracture fixe durait depuis quatre ans et provenait d'attaques répétées d'inflammation de la jointure, présumée de nature rhumatismale. Le genou était gonflé, et une douleur sourde se manifestait au moindre mouvement. Le docteur Ward commença par un traitement interne, composé principalement de toniques et d'apéritifs, car ce malade était d'une grande faiblesse. En même temps il recommanda d'abord le massage, ensuite la percussion sur les muscles de la cuisse, pendant une heure chaque jour, et un léger exercice du membre en se soutenant sur deux chaises. A la fin du premier mois, un léger redressement fut obtenu ; mais une douleur paraissant sous la rotule, surtout à sa partie inférieure, il fallut agir avec prudence, suspendre, reprendre l'exercice et les autres moyens externes. Au bout de trois mois, le membre avait acquis beaucoup de force et de volume ; le gonflement du genou avait diminué sensiblement ; il y avait plus de liberté dans le jeu de l'articulation. Dès que le malade fut en état de se soutenir, il lui fut ordonné de se placer sur le plan incliné, et d'y demeurer jusqu'à ce qu'il ne pût plus le supporter. Après cinq mois de l'usage de ce nouvel exercice, qu'il fallut aussi suspendre de temps en temps, à cause du retour de la douleur, *le membre devint droit, et le malade en eut de nouveau l'entier usage.*

Le troisième cas concerne un goutteux qui avait une ankylose fausse des premières articulations de l'orteil gauche, à la suite d'attaques répétées de goutte, ce qui l'empêchait de marcher.

(1) *Pratical observations on distortions of the spine, chest and limbs, etc.*, by William Tilleard Ward, Londres, in-8°, 1822.

Il guérit, au bout de trois mois, en l'exerçant souvent à faire supporter le poids du corps sur l'orteil qui lui donnait tant d'inquiétude.

Ces trois faits sont assez concluants pour faire apprécier les ressources qu'on peut retirer de l'exercice musculaire. Les deux qui suivent, appartenant au même auteur, sont encore plus explicites.

Un militaire, pendant un long séjour dans l'Inde, fut souvent exposé aux intempéries de l'air, surtout à l'humidité; cela lui procura au dos, aux hanches, aux épaules et aux genoux, des douleurs vives accompagnées de fièvre. Une foule de remèdes fut employée pendant longtemps et toujours sans succès réel. Par la persistance du mal, plusieurs parties furent prises de contracture. A son retour en Angleterre, environ douze mois après, on lui conseilla les bains de Bath, qui le soulagèrent assez promptement et lui permirent le repos. Mais les contractures persistèrent; six mois après, le malade se mit sous la direction du docteur Ward, qui, en octobre 1817, constata ce qui suit :

« Contracture générale et roideur de presque tout le corps: la tête fixe sans aucun mouvement de rotation; point de mouvement dans les vertèbres du cou; le menton penché vers la partie inférieure du sternum; l'impuissance de relever la tête, l'élévation nécessaire des sourcils pour étendre la vue avaient produit des rides profondes sur le front. Il y avait une courbure antéro-postérieure comprimant toutes les vertèbres du cou, du dos et des lombes, et accompagnée d'une incurvation latérale considérable, causée, très-probablement, par la position non naturelle à laquelle le malade avait été longtemps accoutumé; car il trouvait un grand soulagement à appuyer le coude gauche sur sa chaise et à pencher la tête sur le bras de ce côté; la poitrine était rétrécie et enfoncée; l'avant-bras gauche était fléchi sur le bras et contracté; les cuisses étaient pliées à angle droit sur le bassin, sans aucun mouvement en arrière, en avant et sur les côtés, de sorte qu'elles ne pouvaient ni s'écarter, ni s'approcher l'une de l'autre. Les jambes étaient fléchies et contractées sur les cuisses, et les articulations des genoux très-élargies. La diminution de la taille était si grande, que, lorsqu'il était debout, soutenu par des béquilles, elle était de 4 pieds 7 pouces, tandis qu'avant la maladie, elle était d'environ 5 pieds 7 à 8 pouces. Enfin, la tête, placée dans la même position, avançait de 9 pouces au delà des pieds. »

Il était fort difficile de donner du mouvement à un corps dont toutes les articulations étaient plus ou moins gênées. Ce fut,

néanmoins, la seule indication qui dirigea le docteur Ward dans le traitement. Il s'adressa d'abord à la volonté du malade, l'engageant à se mouvoir dans tous les sens. Il ordonna des frictions huileuses sur le cou, et le pria de faire des efforts répétés pour élever la tête. Une légère mobilité dans cette région, obtenue par l'effet de ces exercices, encouragea le malade. Alors on lui mit autour de la tête un bandeau, auquel était fixé un bout de corde dont l'autre extrémité supportait un poids, après s'être réfléchie sur une poulie attachée plus haut que la tête ; de telle sorte que le malade, étant assis, devait tirer avec sa tête cette corde d'avant en arrière, et, au besoin, en sens inverse. On lui ordonna d'augmenter, non-seulement le poids, mais encore le nombre des mouvements et leur vitesse. Le poids fut porté à plus de 15 livres, et le nombre des mouvements à plus de 3,000 par jour. On avait soin de faire coucher le malade, après chaque séance, sur le dos ou sur le côté. Neuf mois entiers furent consacrés, avec exactitude, à ces exercices et à plusieurs autres, qu'il faisait de lui-même à mesure qu'il prenait des forces.

Au bout de ce temps, il avait acquis 3 pouces en hauteur. La mobilité des vertèbres se manifestait par une augmentation de 3 autres pouces quand on soutenait la tête ; il les conserva quelque temps après. Les jambes pouvaient être écartées latéralement, de 20 pouces, et en avant de 25 pouces ; les articulations du bras gauche et des jambes étaient devenues très-libres. Les courbures antéro-postérieure et latérales des régions dorsale et lombaire avaient disparu ; il ne restait plus qu'une légère courbure aux vertèbres du cou. Mais le retour de la poitrine à sa forme naturelle et l'élargissement des épaules, ce qui permit à l'estomac de recevoir une quantité plus grande d'aliments qu'il ne pouvait en contenir pendant la maladie, furent le résultat le plus surprenant. La santé générale était bonne ; le malade pouvait marcher deux milles sans être fatigué. Il quitta le traitement avant sa guérison complète, qui, selon Ward, n'eût pas manqué d'arriver. Néanmoins, il conserva ce qu'il avait gagné.

Quoique incomplet, vous voyez que ce succès est fort remarquable. Le fait suivant est encore plus important.

Le sujet est un individu, âgé d'environ 26 ans, qui fut atteint, en 1812, d'une maladie à l'articulation coxo-fémorale et de douleurs violentes le long de la cuisse, dans la direction du muscle couturier, qui le privaient du sommeil. Il marchait avec l'aide d'un bâton, lorsqu'en 1814, les douleurs s'étant étendues sur tout le corps, les hanches, les jambes se contractèrent et l'épine se courba en avant. Beaucoup de remèdes furent employés sans

succès ; les eaux de Bath, qu'il prit pendant quatre mois, le soulagèrent, mais il resta entièrement perclus.

Consulté en octobre 1818, le docteur Ward constata une incurvation antéro-postérieure de l'épine, comprenant les régions dorsale et lombaire ; les vertèbres n'offraient point de mobilité l'une sur l'autre. Aucun point de l'épine n'était douloureux à la pression ; les cuisses étaient fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses, sans aucun mouvement. La jambe gauche était plus courte de 2 pouces que l'autre, et le malade ne pouvait se tenir debout sans le secours des béquilles. Sa taille était alors de 5 pieds 2 pouces 3/8 ; quand il était en bonne santé, il avait 5 pieds 11 pouces 5/4. La santé générale était délabrée ; le malade était très-sensible aux variations atmosphériques. Le moindre effort, soit pour parler haut, soit pour tout autre acte qui accélérait la circulation, le mettait hors d'haleine, et sa voix devenait très-faible. Le pouls, qui battait 130 fois par minute, était faible, et la moindre excitation l'accélérait tellement, qu'on pouvait à peine le compter ; le malade était très-maigre.

Le docteur Ward commença par relever les forces et modifier la constitution par des apéritifs et des toniques. Ensuite, il ordonna le massage le long de l'épine et sur le bas du dos, avec la précaution d'éviter l'articulation malade. Peu à peu il s'habitua à faire des efforts pour se tenir debout, en s'appuyant sur les dossiers de deux chaises seulement ; à écarter avec force les jambes, soit de côté, soit en avant ; à se tenir couché sur le dos autant de temps qu'il le pourrait ; à tirer enfin avec la tête un poids, au moyen d'un cordon réfléchi par une poulie, comme c'était prescrit au malade précédent.

Ces moyens furent employés régulièrement chaque jour pendant douze mois. Des améliorations progressives en furent le résultat : l'épine se redressa complétement, la taille s'allongea de 4 pouces 1/4 ; il y eut une acquisition dans le pas en avant de 1 pied 7 pouces 1/2, de 2 pieds 1 pouce dans le pas de côté ; la santé générale était florissante. Ce jeune homme pouvait parcourir sans fatigue deux milles, aidé seulement d'un bâton. Il n'était plus aussi sensible aux variations atmosphériques. Sa voix acquit de la force ; la respiration devint aisée et libre. Indépendamment du redressement des membres et du tronc, qui fut complet, Ward pense que, ce qu'il y a de plus surprenant dans ce fait, c'est le retour d'une bonne constitution : cet état maladif ne pouvant se prolonger sans devenir fatal.

A ces faits de contractures du tronc et des membres, je dois en ajouter un, pris dans ma collection, qui prouve qu'un torti-

colis peut être guéri sans avoir recours à la section du muscle sterno-cléidomastoïdien.

Mademoiselle Amélie D... me fut amenée en 1833 ; elle était âgée de 13 ans ; son enfance avait été maladive ; elle avait souffert des douleurs variées en intensité dans les membres, les lombes, enfin au cou. Sa constitution, qui était scrofuleuse, se manifesta par différents phénomènes morbides, notamment par l'engorgement des glandes du cou. Vers l'âge de 12 ans, on s'aperçut qu'Amélie penchait la tête du côté gauche ; le derrière du cou devint le siége de douleurs assez vives pour déterminer la fièvre. Quelques mois après, la tête parut reprendre sa position droite ; mais il s'opéra en même temps un mouvement de torsion qui porta le menton sur l'épaule droite, et l'occiput au niveau de la gauche ; plus tard, l'épaule droite fit saillie, se releva, et, par cette direction anormale, donna des inquiétudes aux parents. En effet, il s'était établi une déviation comprenant les vertèbres dorsales et les deux premières lombaires, ayant sa concavité à gauche, destinée à contre-balancer, pour le besoin de l'équilibre, la déviation et la torsion en sens inverse qui occupaient la région cervicale. Celle-ci était le siége de douleurs sourdes et d'engorgement dans toute son étendue.

Une course dans le char rotateur (1) renouvela les amères douleurs, avec une telle acuité que la fièvre survint, que le sommeil et l'appétit furent perdus. Je vis bien qu'une inflammation chronique existait encore dans les muscles, se propageant peut-être aux ligaments. Aussi je m'empressai de recommander un repos absolu, qui fut gardé strictement. Je pratiquai plusieurs saignées locales avec les sangsues et les ventouses scarifiées ; plus tard, je plaçai deux moxas derrière le cou, pensant qu'une forte dérivation détruirait cette irritation, qui menaçait de se reproduire par la plus légère cause, et ferait disparaître l'engorgement. Deux mois furent nécessaires pour obtenir ce double effet.

Rassuré de ce côté, je m'occupai du redressement de la tête, qui était plus inclinée et paraissait plus fermement fixée dans la position vicieuse déjà décrite. Quatre heures pendant le jour et la nuit entière furent consacrées à l'extension horizontale, tandis qu'au moyen d'un appareil particulier la tête était déviée en sens inverse de son inclinaison, et ramenée par une force continue et élastique à sa direction naturelle. Pour modifier la constitution, je fis faire usage des amers, des toniques, d'une bonne alimen-

(1) La description et le dessin de ce char se trouvent dans l'atlas de l'*Orthomorphie* de Delpech, p. 104.

tation. A l'extérieur, j'employai les frictions, les massages sur le derrière du cou et le long de l'épine. Matin et soir, cette jeune malade était obligée de faire une promenade dans le char rotateur, au sortir duquel elle allait se livrer avec ses compagnes à tous les exercices de gymnastique. Cette seconde période du traitement dura quatre mois ; il eut pour résultat le redressement de la tête, la disparition des courbures spinales ; elle acquit beaucoup de force dans les muscles, qui se développèrent sensiblement. Amélie rentra au sein de sa famille, guérie de ses déviations, avec une bonne constitution et une santé florissante.

Ces faits soulèvent deux questions dont la solution est importante pour le pronostic des contractions musculaires. Un muscle, atteint de contracture depuis longtemps, est-il définitivement trop court pour qu'il soit indispensable d'en faire la section, quelle que soit la cause productrice? Mon opinion n'est pas douteuse à cet égard ; mais les observations du docteur anglais prouvent d'une manière péremptoire que des muscles, contractés depuis même plusieurs années, peuvent être ramenés à leur longueur normale au moyen d'exercices spéciaux et continués longtemps. D'un autre côté, l'immobilité prolongée du membre n'a-t-elle pas occasionné l'inertie des muscles extenseurs, qui s'émacient, et dont la puissance contractile est diminuée? Or, l'exercice, en même temps qu'il sert à étendre les fléchisseurs, donne du ton à leurs antagonistes ; d'où résulte que, lorsque le membre est redressé, il trouve avoir acquis le volume et la force nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions.

La seconde question est de savoir jusqu'à quel degré les surfaces articulaires sont lésées. Si une ankylose véritable existe, il n'y a rien à faire, à moins de la *briser*, ce qui est toujours fort grave. Heureusement, de l'avis de tous les praticiens, ces cas sont rares, et peuvent être pronostiqués par l'examen direct et l'histoire de la maladie qui les a déterminés ; on peut donc espérer, le plus souvent, de rendre à une articulation sa mobilité et ses fonctions, quoique l'inflammation ait été considérable. Mais ce n'est pas subitement que ce retour à l'état normal peut être obtenu : il faut du temps, un exercice progressif, fréquemment renouvelé, et dirigé avec prudence et précaution. Ainsi, le même exercice qui fortifie, développe les muscles, détruit la rigidité des ligaments, active les fonctions absorbantes et modifie les surfaces articulaires insensiblement, de telle sorte que les fonctions de l'articulation reviennent concurremment avec la puissance musculaire pour la faire jouer. Enfin, il est presque toujours nécessaire de faire suivre au malade un régime hygiénique, et un

traitement accommodé aux causes du mal, à l'âge et à la constitution.

Ne croyez pas que je veuille déprécier la valeur de la section des tendons. C'est une conquête qu'a faite la chirurgie moderne, quoique l'opération ne soit pas nouvelle. Il est fâcheux qu'elle soit devenue comme un objet de mode. On s'en engoue, on en prône les résultats dans les journaux, même politiques; on en abuse en l'appliquant à tous les cas sans distinction, puis on fait sonner bien haut des cures nombreuses et merveilleuses. Il est temps d'arrêter cette nouvelle *manie*, et pour l'honneur de l'art et pour la santé des infirmes. Les praticiens haut placés, les médecins consciencieux, devraient examiner avec impartialité la valeur réelle de cette opération, qui, selon moi, doit être employée avec prudence, réserve, et l'intelligence exacte des causes, des symptômes et de la nature de l'affection qui a donné naissance aux contractures, aux déviations.

Le ralentissement du travail dans un accouchement naturel est-il un motif suffisant pour autoriser l'administration du seigle ergoté; par le docteur GÉRY. (Mémoire lu à la Société médicale du Temple.)

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharm., décembre 1847.)

Tous les médecins, ceux surtout qui se livrent à la pratique des accouchements, savent avec quelle légèreté déplorable les sages-femmes administrent le seigle ergoté. Dès que le travail languit, que les douleurs sont peu soutenues, ou peu expulsives, pourvu que la tête se présente, en quelque position que ce soit, et sans se préoccuper aucunement des nombreuses causes dystociques qui peuvent influencer la marche de l'accouchement; presque toujours, pour ne pas dire toujours, ces dames ont recours à la poudre d'ergot. (On pourra se faire une idée de l'usage ou plutôt de l'abus qu'en font les sages-femmes, par ce que me disait, il y a peu de temps, un honorable pharmacien de mon quartier, M. Lesage : je délivre, me disait-il, au moins une fois par semaine la poudre d'ergot de seigle, sur prescription de sage-femme, et n'en donne pas une fois par mois sur l'ordonnance d'un docteur. Plusieurs autres pharmaciens m'ont donné les mêmes renseignements.)

N'est-il pas de cas cependant où le seigle ergoté pourra être

d'autant plus nuisible, qu'il aura mieux répondu à une attente inconsidérée ? Le fait que je vais exposer me paraît de nature à résoudre cette question.

Je fus appelé, le 11 du mois dernier, à dix heures du soir, rue du Chemin-Vert, pour accoucher Mme B..., âgée de vingt-sept ans. Cette dame, brune, grande, maigre, en est à sa seconde grossesse ; elle a eu un enfant il y a deux ans. Une maladie grave (métro-péritonite) suivit l'accouchement, qui avait été naturel, mais long et laborieux ; l'enfant périt dans le travail. La sage-femme, chargée de l'accouchement, avait administré le seigle ergoté à doses assez élevées ; d'après le prix que m'ont déclaré les parents, il devait y en avoir de 3 à 4 grammes.

A mon arrivée près de Mme B..., je trouve un commencement de travail ; depuis l'après-midi, les eaux coulent à chaque douleur. Néanmoins, le col est encore placé très-haut, porté en arrière, et fort peu dilaté. Je ne puis encore me rendre un compte bien exact de la position de la tête, mais je constate une présentation du sommet. Les douleurs sont faibles, éloignées, peu soutenues; en raison de toutes ces circonstances, j'annonce que l'accouchement n'aura pas lieu pendant la nuit, et je me retire.

Le 12 au matin, on vint me chercher à six heures et demie. Mme B.... a souffert toute la nuit; les douleurs ont toujours été et sont encore ce matin assez fréquentes, mais de peu de durée. Au toucher, je trouve le col complétement effacé, et la tête sur le point de franchir le détroit supérieur ; en un mot, tout porte à penser que le travail ne sera pas de longue durée. Il n'en fut cependant pas tout à fait ainsi ; plusieurs circonstances imprévues vinrent, comme il arrive souvent en obstétrique, démentir mes prévisions.

La tête fut très-longue à descendre ; les parties molles présentèrent autant de résistance que chez une primipare, et pendant longtemps, à chaque effort expulsif (je ne dis pas à chaque douleur, car, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire ailleurs et que le savent, du reste, tous les praticiens, toutes les douleurs ne sont pas expulsives), à chaque effort, dis-je, le périnée était distendu à se rompre, et cependant, bien que le travail fût alors assez soutenu, la tête n'avançait pas. Cette dernière partie du travail, qui semblait devoir se terminer en vingt minutes, ne dura pas moins de deux heures et demie, et ce ne fut qu'à près de dix heures du matin que la tête franchit enfin la vulve et présenta la face gonflée, turgescente, violacée, avec tous les symptômes de la congestion apoplectique. L'enfant ne criait pas. La

tête, en deuxième position, était fortement appliquée contre la cuisse droite de la mère.

Dès que la tête eut franchi la vulve, j'eus soin, ainsi qu'il est de précepte, de parcourir avec le doigt le cou de l'enfant, j'y trouvai un tour de cordon et je ne sentis aucun battement dans cette tige vasculaire ; je me hâtai de dérouler le cordon, et j'en fis la section après avoir, chose à laquelle je ne manque jamais, posé une ligature au-dessus du point de section ; je ne procédai, au contraire, à la ligature du bout ombilical qu'après en avoir laissé jaillir la quantité de sang nécessaire pour faire cesser la congestion. A mesure que cet état se dissipa, l'enfant, du sexe féminin, assez fort et bien constitué, poussa des cris faibles d'abord, mais peu à peu mieux articulés, et en quelques minutes la circulation fut normalement établie.

Tel est l'exposé du fait, et voici les conséquences qui me paraissent en découler.

Cet accouchement, tout naturel qu'il soit, présente cependant plusieurs particularités à noter : telles qu'une certaine étroitesse du bassin, étroitesse qui, sans constituer un état anormal, a néanmoins contribué à ralentir la marche de l'accouchement, effet auquel a également concouru la rigidité des parties molles ; mais la particularité qui doit surtout fixer ici l'attention est celle de l'enroulement du cordon autour du cou de l'enfant. Bien qu'il n'y eût qu'un seul tour, il en résultait une brièveté notable dans la portion restante, et j'ai vu des cas où il y avait jusqu'à trois circonvolutions autour du cou, sans que la partie libre du cordon fût réduite à un tel état de raccourcissement. Aussi me crois-je en droit d'attribuer à cette circonstance la plus grande part dans la lenteur du travail, et elle me rend parfaitement compte du brusque retrait de la tête à la cessation de chaque douleur, en même temps qu'elle m'explique le peu de résultat obtenu par chaque effort expulsif. Mais ce n'est pas de cette circonstance prise en elle-même que je veux m'occuper ; je veux l'examiner dans ses rapports avec l'administration du seigle ergoté, et rechercher quelle influence aurait pu exercer ici la poudre obstétricale. C'est là, ce me semble, le point important de cette observation, le seul qui, à mes yeux, lui donne quelque valeur et me détermine à la publier.

D'après ce que j'en sais par moi-même et par les renseignements que j'ai pris à ce sujet, je ne mets pas en doute qu'une sage-femme ne se fût empressée, dans le cas précité, d'avoir recours au seigle ergoté ; elle y eût été surabondamment autorisée pour elle, et par l'intervalle qui existait entre les douleurs,

et par leur peu de durée dans le commencement, par leur insuffisance dans le dernier temps du travail, et enfin, par la marche si lente de celui-ci, alors que rien ne semblait justifier cette lenteur. Eh bien! que fût-il advenu, dans ce cas, de l'administration de la poudre obstétricale? La réponse ne me paraît pas douteuse; c'est qu'elle aurait eu des conséquences d'autant plus fâcheuses, qu'elle aurait pu se montrer plus efficace. Cette réponse me semble ressortir évidemment de l'analyse de cet accouchement, et surtout de la dernière partie du travail.

Depuis assez longtemps déjà la tête était descendue dans le petit bassin, et les progrès de l'accouchement répondaient peu aux efforts assez soutenus d'expulsion. Mme B... me témoignait assez par son impatience et son découragement qu'elle était étonnée de mon inaction; la contenance des assistants n'était pas moins expressive; et c'est trop souvent là ce qui fait sortir d'une sage réserve un accoucheur inexpérimenté, et surtout les sages-femmes; mais, accoutumé dès longtemps à ne tenir compte ni des plaintes de la femme, ni des marques d'impatience des assistants, toujours faciles, du reste, à maintenir dans les limites convenables, par un air et un maintien calmes, mais fermes et dignes, je ne me préoccupai nullement de toutes ces démonstrations, et j'eus bientôt occasion de reconnaître que ce contretemps apparent, cette lenteur dans la marche du travail, étaient les circonstances les plus heureuses qui pussent survenir dans l'espèce, et que très-probablement c'était grâce à elles que l'enfant était né vivant.

En tenant compte de la disposition du cordon, je tiens pour certain, quant à moi, que si, dans cet accouchement, cédant à des considérations extérieures, on eût donné la poudre obstétricale, au lieu de le laisser se terminer naturellement, l'enfant aurait péri dans le travail: parce qu'en activant les douleurs, en les rendant plus énergiques et plus rapprochées, on aurait augmenté l'état apoplectique du cerveau, en y maintenant la congestion permanente par la constriction qu'aurait exercée le cordon autour du cou; tandis qu'au contraire la nature, livrée à elle-même, donnait au sang qu'engorgeait le cerveau, pendant les efforts, la facilité de revenir et de rentrer dans la circulation générale pendant l'intervalle prolongé qui existait entre les douleurs; en sorte que la lenteur dans la marche du travail, le peu d'énergie des douleurs et l'intervalle assez prolongé qui les espaçait, loin d'avoir été des circonstances défavorables, ont été au contraire, dans ce cas, des circonstances salutaires, et me paraissent sinon établir une contre-indication de plus à l'administra-

tion du seigle ergoté, en raison de la difficulté de constater la cause principale qui les a produites ici, mais devoir tout au moins provoquer une plus grande réserve encore dans l'usage de cette poudre, attendu que les cas d'enroulement autour du cou ne sont pas rares, et que, dans ces cas, l'ergot peut être funeste.

Je n'ignore pas qu'il est bien difficile de déterminer d'avance l'existence de l'entortillement du cordon ; il me paraît même impossible d'en avoir la certitude *à priori*; mais on peut avoir des présomptions, et alors on doit se tenir en garde et agir en conséquence ; pour moi, dans le cas qui fait le sujet de cette observation, quelques indices auraient peut-être pu me mettre sur la voie de la véritable cause du retard qu'éprouva l'expulsion de la tête. A plusieurs reprises, en effet, je fus frappé de la portée et de la promptitude de la rétrocession de la tête, immédiatement après la cessation des douleurs, en opposition complète avec la lenteur et le peu d'efficacité de celles-ci sur la progression du travail, la tête n'avançant qu'après une durée plus qu'ordinaire d'efforts expulsifs.

Malgré ces remarques, je n'hésite pas à le confesser, la brièveté du cordon ne me vint pas à l'idée; et si je n'eus pas recours au seigle ergoté, ce ne fut nullement par appréhension d'accident, dont je ne signale la possibilité qu'après coup, mais bien parce que, de l'ensemble des circonstances, il ne me parut pas résulter l'indication d'employer cette poudre : j'aurais plutôt songé au forceps si j'avais cru devoir intervenir plus activement que je ne le fis; mais quelque inoffensive que soit en général l'application de cet instrument, je pense qu'on ne doit le mettre en usage que quand il y a nécessité absolue; et vingt années d'expérience m'ont appris que, dans la pratique des accouchements, alors que rien ne périclite, *un peu de patience est le meilleur auxiliaire de l'accoucheur*.

Évolution spontanée du fœtus; par M. BOUREAU, médecin à Noyon-sur-Sarthe.

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharm., décembre 1847.)

Les observations d'évolution spontanée du fœtus sont rares et assez importantes, pour que je croie devoir vous faire connaître celle que j'ai recueillie.

Le 9 avril 1846, je fus appelé en toute hâte auprès de la femme Brou ; elle a vingt-huit ans, est forte et bien conformée, enceinte pour la troisième fois ; ses deux premiers accouchements ont offert une présentation de l'épaule avec sortie du bras. Cette fois encore une présentation de l'épaule avec issue du bras. De-

puis deux jours, le travail était commencé ; la poche amniotique s'était brisée dès le début des douleurs, et une main n'avait pas tardé à se montrer ; une anse de cordon s'était aussi présentée. La sage-femme, qui assistait la malade, avait pratiqué sur le bras des tractions qui produisirent un effet que je n'ai pas besoin d'indiquer pour vous le faire connaître. Bref, malgré les assurances que leur donnait la sage-femme, les parents se décidèrent à m'appeler plus de trente heures après la sortie du bras. A mon arrivée, le bras, violet, froid, pendait de toute sa longueur entre les cuisses de la femme ; la face palmaire était tournée vers la pointe sacrée ; une anse de cordon, froide, flétrie et sans pulsations, descendait à côté et vers la face palmaire de la main ; l'épaule tout entière est engagée ; la tête est dans la fosse iliaque droite, l'occiput en avant ; le bras gauche prolapsé. L'utérus est dans un état de contraction permanente très-violente ; il est impossible de porter la main dans sa cavité ; à peine puis-je introduire deux doigts pour m'assurer de la disposition des diverses parties du fœtus. Chaque essai d'introduction de la main augmentait l'état de malaise de la femme, et pourtant il était urgent de terminer cet accouchement. Après une demi-heure d'essais infructueux, je vis que le bras paraissait remonter ; cette apparence de retrait était due à la descente graduelle de la poitrine, qui forçait l'épaule à s'effacer, à se cacher dans l'excavation vaginale. Peu à peu cette tendance s'accrut, et bientôt l'abdomen se montra à la vulve. Je voyais se parfaire sous mes yeux une évolution pelvienne spontanée. Je voulus profiter de cette disposition, et, à l'aide des doigts, portés aussi haut que possible sur les hanches de l'enfant, j'opérai des tractions qui, au bout de quelques instants, amenèrent le siége. Le reste de l'accouchement se termina comme un accouchement par les pieds, et la femme n'éprouva d'autres accidents qu'un engourdissement considérable du pied gauche, qui persista longtemps et s'accompagna d'œdème du pied. L'enfant était du sexe masculin, et je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il était mort.

Remarques. — A cette observation, que nous empruntons à l'*Union médicale*, nous en ajouterons une autre. Pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis, et un jour que nous étions de garde, on apporta une femme en travail depuis plusieurs heures : le bras gauche passait à la vulve. Nous allions essayer de le faire rentrer, quand nous vîmes, comme dans l'observation précédente, le bras remonter un peu, puis le côté gauche de la poitrine et le flanc correspondant se montrèrent à la vulve, bientôt la hanche, et enfin les fesses parurent, et l'enfant sortit ainsi

plié en quelque sorte en deux; la tête, restée la dernière, dut être extraite immédiatement, mais la main suffit pour cela. Notre collègue M. Barth, aujourd'hui agrégé à la Faculté de Paris, nous assistait.

Emploi du chloroforme dans deux accouchements terminés par le forceps; par MM. les docteurs BOSSION et LEBRETON.

(Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharm., janvier 1848.)

Mme L...., âgée de vingt et un ans, primipare, petite mais bien faite, d'une bonne et forte constitution, demeurant rue Bourbon-Villeneuve, 9, fut prise, dans la journée de jeudi 16 décembre 1847, de douleurs pour accoucher. Vers onze heures du soir, ayant été appelé près de la malade, je pratiquai le toucher et ne découvris aucun travail de dilatation. Étant revenu le lendemain à six heures du matin, je trouvai le col assez mou et la dilatation assez avancée, je constatai en même temps que la tête était au détroit supérieur et dans une bonne position du sommet. Les douleurs, qui avaient continué pendant toute la nuit, devinrent assez aiguës et me permirent de croire à une prochaine délivrance.

A huit heures, la tête n'avait pas quitté la position, et les contractions de l'utérus étaient plus rares; ayant observé que la dilatation était terminée et acquis la certitude que le détroit supérieur et la cavité pelvienne étaient bien conformés, je crus devoir employer le seigle ergoté que j'administrai de suite à la dose de 1 gramme; vingt-cinq minutes après l'injection de ce médicament, les douleurs devinrent fréquentes et très-vives, bientôt la tête descendit dans la cavité pelvienne, s'engagea lentement dans le détroit inférieur, et s'avança jusqu'aux parties molles; mais une fois dans cette position, elle s'y arrêta pour ne plus bouger. Cependant les contractions de l'utérus étaient incessantes et extrêmement vives, elles persistèrent ainsi pendant trois heures sans amener de déplacement.

Les parties molles offraient une rigidité et une résistance extraordinaires, leur tension était telle, au moment des douleurs, que l'orifice externe admettait avec grande peine l'introduction de trois doigts. A une heure de l'après-midi, aucun changement ne s'était opéré, la tête restait comme enclavée; cependant la malade était épuisée par vingt-quatre heures de souffrances, et me suppliait de la délivrer. C'est alors que je me décidai à avoir recours au forceps, avec l'intention de faire précéder cette opération de l'emploi du chloroforme.

Je fis prendre chez M. Poulenc, pharmacien, 10 grammes de

chloroforme très-pur, je versai cette liqueur sur une éponge creusée en entonnoir, et l'appliquai sur la bouche et les narines de la malade; une minute après, les contractions de l'utérus cessèrent, la malade devint calme, s'assoupit et ne parla plus que pour dire que je lui faisais mal, lorsque je la pinçais; j'attendis encore sans obtenir plus d'engourdissement, et au bout de quatre minutes, elle poussa un gros soupir, comme si elle sortait d'un long et profond sommeil, et déclara qu'elle avait parfaitement dormi; un instant après, toutes les souffrances reparurent. Il était évident que je n'avais pas saisi le temps opportun pour agir; il fallut donc recommencer, mais cette fois je voulus être assisté d'un confrère, et je fis appeler le docteur Renaut. Ayant à notre disposition une autre dose de chloroforme, que j'avais envoyé chercher, j'en versai les 10 grammes sur la même éponge, et mon confrère la plaça avec soin devant la bouche et le nez de la malade; au bout de deux minutes, nous obtînmes du sommeil et un calme parfait; dès lors je procédai à l'opération.

J'introduisis successivement, avec la plus grande facilité, les deux branches du forceps; après les avoir fixées, j'exerçai de légères tractions, à l'aide desquelles j'amenai sans effort la tête de l'enfant; l'accouchement fut terminé aussitôt, et mon confrère, M. Renaut, estima que l'opération n'avait pas duré plus d'une minute et demie. Mme L.... se réveilla assez brusquement sans avoir la conscience de ce qui s'était passé, et aux premiers cris de l'enfant, elle ne sut contenir toute sa joie. La délivrance eut lieu dix minutes plus tard, après quoi la malade fut remise dans son lit, et, chose remarquable, elle ne portait aucune déchirure au périnée. A dater de cette époque, les suites de couches se passèrent naturellement, et aujourd'hui cette jeune femme va très-bien.

L'enfant est arrivé presque asphyxié, et il s'est ranimé après la perte d'une à deux cuillerées de sang; il est fort et bien portant.

Dans ce fait, aussi satisfaisant que remarquable, on voit qu'à l'aide des inhalations chloroformiques, nous avons obtenu des avantages qui sont de plusieurs genres, à savoir:

1° La suspension des douleurs;

2° La disparition de la rigidité et de la résistance des parties molles, qui passent à l'état de relâchement et même de flaccidité;

3° L'introduction extrêmement facile du forceps;

4° L'extraction sans effort de la tête de l'enfant.

De tels résultats sont immenses d'abord pour la femme que

l'on soustrait à des souffrances ordinairement horribles, puis pour l'accoucheur, qui agit sans rencontrer de difficultés.

Paris, 31 décembre 1847.

A la suite de cette observation, qui nous a été communiquée par notre honorable confrère, M. Bossion, nous devons mentionner un autre fait également très-curieux.

Madame B..., demeurant faubourg Saint-Denis, 15, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament extrêmement nerveux, mariée depuis dix ans, réglée depuis deux ans seulement et enceinte pour la première fois, fut prise des douleurs de l'enfantement lundi soir 13. Les douleurs continuèrent en présentant des intervalles, quelquefois assez longs, pendant les journées du 14 et du 15. Le 16, dans la matinée, la malade prit un bain de deux heures qui procura beaucoup de calme. Le col de la matrice, qui, jusqu'alors, avait conservé beaucoup de rigidité, devint souple et la dilatation fut bientôt complète. Depuis trois heures jusqu'à dix heures du soir, les douleurs les plus vives succédèrent presque sans interruption. Exaspérée alors par un travail de trois jours et les souffrances les plus horribles, la malade fut prise d'un violent accès de délire. Madame Barré, sage-femme très-expérimentée, qui assistait la malade depuis le commencement du travail, justement effrayée de son état, me fit appeler.

Arrivé auprès de la dame B..., à onze heures et demie du soir, je la trouvai dans un état d'exaltation extrême. Quatre personnes essayaient vainement de la contenir; elle déraisonnait complétement; tantôt poussait des hurlements affreux, tantôt se livrait aux accès de la plus folle gaîté, chantant et dansant sur son lit; il était impossible de lui faire entendre et d'en obtenir la moindre parole; elle ne reconnaissait aucune des personnes qui l'entouraient.

Je m'assurai avec beaucoup de difficulté de l'état du travail, et ayant trouvé la tête dans le milieu de l'excavation pelvienne, je me décidai à appliquer immédiatement le forceps, ne croyant pas prudent de laisser se prolonger un état aussi alarmant.

Mon premier soin fut de soustraire promptement la malade aux souffrances horribles auxquelles elle était en proie, et de la mettre dans un état de calme convenable pour pratiquer l'opération. J'eus recours à cet effet au chloroforme. N'ayant à ma disposition qu'une mauvaise éponge, il me fallut 12 grammes de liquide pour amener le sommeil, qui ne fut complet qu'au bout de cinq minutes; mais ce sommeil fut si profond et si calme, qu'il me permit de placer la malade convenablement sur le bord

de son lit, d'appliquer le forceps, de terminer l'accouchement et d'opérer la délivrance, sans que la malade ait témoigné la moindre sensibilité et fait le moindre mouvement.

L'opération a été extrêmement prompte et facile, et l'enfant n'a nullement souffert. La malade, remise dans son lit, a continué de dormir d'un sommeil extrêmement calme ; elle ne s'est réveillée qu'au bout d'une demi-heure ; alors elle a éprouvé de petites coliques qu'elle a prises pour des douleurs d'accouchement. Interrogée sur son sommeil, elle a déclaré qu'elle dormait depuis dix heures du soir, que la sage-femme l'avait laissée reposer, qu'elle allait bientôt revenir. Elle nous a déclaré que ce sommeil lui avait fait beaucoup de bien et qu'elle aurait plus de force pour accoucher. Je lui ai alors appris, avec beaucoup de précaution, qu'elle était accouchée, en lui expliquant le moyen dont je m'étais servi pour calmer ses douleurs. Je lui ai fait présenter son enfant, qu'elle a couvert de baisers, en se livrant aux transports de la joie la plus vive. La raison est complétement revenue, et il ne reste aucune trace de cette exaltation cérébrale, déterminée par la violence et la durée des douleurs.

De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants ; par M. le docteur DÉCHAUT, médecin à Montluçon (Allier), ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Mémoire honoré d'une médaille d'or par la Société de Médecine de Toulouse (Concours de 1847).

(Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, octobre et novembre 1847.)

§ Ier. — *Idée générale. — Parallèle.* — L'éclampsie est une perturbation de l'innervation qui se révèle principalement à nous par un état anormal des contractions musculaires, depuis la simple fixité, la simple roideur, l'impuissance même de quelques muscles, jusqu'aux convulsions les plus désordonnées.

Elle est difficile à définir, parce qu'elle est très-étendue, mal circonscrite, et qu'elle se mêle à plusieurs maladies. C'est le titre générique et scientifique de ce que le vulgaire appelle le *cataire*, les gens du monde et les médecins eux-mêmes, les convulsions. Elle commence en quelque sorte au spasme, pour se limiter et se confondre avec l'épilepsie, l'hystérie, les névroses, le tétanos, la paralysie même. Elle est le plus souvent un épiphénomène, une crise, une complication ; elle constitue aussi toute la maladie, une maladie essentielle.

L'éclampsie est une des affections prédominantes de l'enfance, fréquente et redoutable. Elle existe à tous les degrés : c'est une

grimace, un regard indéfini, un mouvement presque normal, un mâchonnement, un pouce un peu plus serré dans la paume de la main ; ce sont des convulsions effrayantes, à tout rompre, à tout briser. — Elle revêt des formes franches ou insidieuses : ainsi elle se révèle aux plus simples par l'agitation des membres et de tout le corps, ou bien elle se cache sous l'apparence d'un rire, d'un hoquet, de soupirs entrecoupés, d'une colère, d'une bouderie, etc. — Fugitive, elle passe comme l'éclair, sans laisser de trace : le médecin vient, il ne veut, il ne peut croire à son existence ; il tranquillise les parents, il part, et la scène recommence avec des progrès surprenants. Elle dure des heures, des jours ; elle semble avoir entraîné des désorganisations, des ruptures, des congestions, des épanchements sans retour : l'orage se dissipe, le calme et la santé reviennent. Le médecin a prononcé la mort, il a quelquefois même abandonné le malade : la scène se prolonge, on va chercher le *panseur*, la personne aux secrets, qui *panse* pour le *cataire* et tant d'espèces de maux. Le panseur arrive à propos, la crise cède quand même, et à lui l'honneur ; la médecine est éternellement raillée, et la magie, la sorcellerie éternellement maintenues.

Il faut donc être bien averti qu'avec l'éclampsie on a affaire à un Protée qui nous abuse par la légèreté, le naturel de ses formes, par ses rémissions, ou qui nous décourage, nous terrifie par le désordre extrême et la persistance de ce bouleversement ; que c'est un caméléon qui nous éblouit par la pureté, la limpidité du teint, ou qui nous désespère par la rougeur, la pâleur, la cyanose du sujet. — J'insiste sur ces deux points de bénignité trompeuse et de gravité effrayante, parce que là gissent toute la difficulté de l'art et le plus grand mérite du médecin. Le monde connaît presque aussi bien que nous les cas ordinaires ; il ne nous respecte, il ne nous accorde notre supériorité qu'à la condition que nous pénétrons les choses impénétrables pour lui. D'où nous tirerons ce précepte, que, dans l'éclampsie, il ne faut pas s'endormir sur le peu d'intensité des symptômes, ni lâcher la partie parce que le désordre se montre considérable. Il n'y a pas dans cette maladie de terme précis pour l'espérance ni pour le désespoir.

On a voulu établir une similitude entre l'éclampsie et l'épilepsie (*epilepsia puerilis*) ; je la repousse de toute mon âme. L'épilepsie a quelque chose d'infamant, de dégradant, qui flétrit une famille, qui ternit un brillant avenir : elle est incurable, elle conduit à l'abrutissement. L'éclampsie peut sans doute dégénérer quelquefois en cet horrible fléau, mais ordinairement elle est curable ou promptement mortelle, et elle se présente chez les

enfants doués des plus belles facultés, qui seront un jour les hommes les plus remarquables de leur siècle. S'il me fallait établir un parallèle, je l'établirais avec l'hystérie et l'hypochondrie (considérée comme pendant de l'hystérie) : c'est la fille de ces deux grandes affections aux formes infinies, c'en est la première période ou l'enfance. Toutes trois constituent les trois côtés d'un triangle ou l'arc, la corde et le rayon d'un cercle qui se reproduit incessamment. Un enfant éclamptique étant donné, vous remonterez toujours à un parent hystérique ou hypochondriaque. Dans les personnes qui viennent me consulter pour ces affections, je retrouve d'anciens éclamptiques, dans mes petits éclamptiques, je présage des hystériques et des hypochondriaques. Quand je suis appelé pour un cas d'éclampsie, je retrouve mes affections génératrices presque immanquablement dans les parents qui m'environnent, soit que je les connaisse de longue main, soit que je les examine *entre les deux yeux*, dans leurs allures, dans leur exaltation, au milieu de la scène qui ne manque pas alors de se passer dans une famille.

C'est que je ne vois pas l'éclampsie seulement dans les convulsions manifestes ; elle se révèle principalement par des contractions anormales, parce qu'à cet âge la vie consiste principalement dans le mouvement, qu'elle est plus animale qu'intellectuelle, que l'intelligence sommeille encore ; mais l'innervation intellectuelle suit les perturbations de l'innervation musculaire, et l'innervation viscérale n'est pas moins troublée ; ce sont les convulsions internes dont on parle peu, parce qu'elles sont cachées, mais qui jouent néanmoins un grand rôle, et qui sont le prélude de ces spasmes, de ces sensations, de ces phénomènes bizarres qu'accusera plus tard l'hypochondriaque. — Je vois l'éclampsie transformée, latente, prête à éclater à la moindre étincelle chez cet enfant précoce qui jase, qui raconte, qui débite toutes sortes de gentillesses, à l'admiration de sa famille ; tandis que moi, je le plains, je le redoute lorsqu'il me tombera malade. Je la vois chez celui qui rêve, qui parle, qui s'agite en dormant ; chez cet autre irascible, colère, au teint changeant, à la physionomie mobile ; chez celui qui est sauvage, taciturne, sournois, dont l'œil est vif, la peau animée, qui annonce beaucoup de forces en réserve ; chez celui qui est débile, rachitique, exsangue ; chez celui qui a des étouffements, qui devient froid, qui ne peut prendre haleine, qui a des constrictions du pharynx, du larynx, des vomissements, des pneumatoses ; des coliques spasmodiques ; chez tous ceux enfin qui, pour une irritation, une simple fièvre, sont pris de symptômes nerveux.

De même que Sydenham a dit que l'hystérie se mêle à toutes les maladies de la femme, et que le médecin, qui ne connaîtra pas bien son Protée hystérique, ne comprendra rien aux maladies du sexe ; de même nous dirons que l'éclampsie complique souvent les maladies de l'enfance, et qu'il faut s'attendre à toutes ses transformations pour bien apprécier les maladies de cet âge. En un mot, toutes les affections nerveuses de l'enfance étant représentées par un arbre, l'éclampsie pour nous en constituera le tronc.

§ II. — *Étiologie.* — Les causes sont nombreuses et variées ; on peut cependant les rattacher à l'origine, au tempérament, aux conditions atmosphériques, à l'état des voies digestives, du sang, du système nerveux, aux excitants de toute espèce, à l'éducation.

Origine. — La plupart des enfants éclamptiques doivent le jour à des parents nerveux, que la nervosité soit manifeste ou latente ; écoutez la narration animée qu'ils vous font des crises de leur enfant, des tourments qu'il leur cause, de leur désespoir s'ils le perdent, ou s'il reste toujours ainsi ; pesez leurs expressions, considérez leurs mouvements, leurs gestes, leur physionomie ; scrutez leur regard, et par leurs yeux pénétrez dans leur cerveau. — Si vous les connaissiez de longue date, rappelez-vous leur exaltation dans les circonstances difficiles de la vie et les maladies nerveuses dont ils ont été atteints. Là vous avez un père et une mère excessivement affectueux, dont tout le désir est d'élever des enfants, et qui ne peuvent parvenir à en sauver : ils sont extrêmement délicats, scrupuleux, enthousiastes ; ils s'exagèrent toute chose. Ici ce sont des avares, des fourbes, je dirai presque des coquins, des caractères acariâtres, violents, orageux, dont la vie va par saccades, par bonds ; un jour orgueilleux, exaltés, un autre moment déprimés, dans les abîmes du désespoir. — C'est une mère pleureuse, vaporeuse, névralgique ; un père passionné, mélancolique, qui vous a parlé de suicide, de phthisie, d'anévrysme, de gastrite, de cancer du foie, etc. — Ce sont des bossus, des boiteux, des manchots. — Et remarquez bien que vous trouvez ces gens nerveux dans toutes les classes de la société, dans les familles des artisans, des habitants de la campagne, comme chez les riches : c'est une erreur de croire que les gens de la campagne ne sont pas nerveux ; je connais parmi eux beaucoup d'hystériques et d'hypochondriaques, et l'éclampsie est fréquente chez leurs enfants.

Caractère. — Avec une pareille origine vous aurez un caractère difficile, un enfant capricieux, gâté forcément, boudeur,

peureux, timide devant un étranger, et par derrière plein d'observation et de finesse ; il jase, il babille ; c'est un petit esprit dont on colporte les bons mots.

Atmosphère. — L'atmosphère exerce une grande influence par sa température froide, chaude, son humidité, sa sécheresse, ses variations brusques et l'électricité plus ou moins forte qui s'y trouve répandue. On peut dire qu'il y a des temps qui soufflent l'éclampsie : le même jour ou à peu d'intervalle, j'ai été appelé plusieurs fois pour plusieurs cas de cette affection, et en cherchant à me rendre compte de cette simultanéité, j'ai fait à ce sujet les remarques et les interprétation suivantes. — Le temps froid, le temps de neige surtout, excite l'organisme et pour quelques-uns il surexcite, il donne un coup de fouet trop fort, et fait aller au-delà du nécessaire, du régulier. — Au dégel, d'autres enfants sont pris, surtout s'il est survenu sans transition ; je pense qu'alors l'organisme était monté d'un ton plus élevé pour résister à la rigueur de la température, et qu'à son adoucissement, quand ce surcroît de forces n'est plus nécessaire, il ne sait pas descendre de ce diapason sans désharmonie, sans perturbation. — Pendant les jours humides, pluvieux, nous sommes déprimés, les rouages sont enrayés, avec cela qu'on sort peu ; d'où il résulte qu'il y a accumulation de fluide vital, qui, au beau temps, veut s'écouler à torrent, tumultueusement ; l'équilibre est rompu, le ressort se détend avec trop d'élan, et les rouages détraqués courent sans ordre et sans frein. — Pendant les temps bas et chauds où le ciel est chargé de nuages, de tonnerres, on remarque la même dépression ; il se forme la même accumulation de fluide vital, et l'électricité ajoute encore au trouble imminent et en détermine quelquefois l'explosion. Et la preuve de cet état excitant du temps et de la parenté de l'éclampsie avec les états nerveux que nous avons cités, c'est que ces jours-là on remarque qu'un plus grand nombre de personnes se présentent, par exemple, pour se faire arracher des dents, que les névralgies se réveillent plus aiguës, qu'on est appelé pour des crises de nerfs, des étouffements, des coliques ; qu'on croise dans les rues des gens qui se disputent, qu'on surprend des ménages en querelle, des têtes plus particulièrement montées. — La physiologie comparée nous permet d'ajouter qu'il n'est pas jusqu'aux animaux, qui soient plus folâtres ces jours-là ; aux chevaux, qui soient plus gais, plus ombrageux. J'ai, dans l'échelle de la vitalité des animaux, une mesure du temps aussi sensible que dans le baromètre et le thermomètre physiques. — Pour ce qui concerne particulièrement notre éclampsie, j'ai remarqué que le temps qui activait

trop la vitalité, soit primitivement, soit consécutivement, après l'avoir retenue engourdie, est une cause de cette maladie.

Voies digestives. — Du côté des voies digestives, l'indigestion est une cause fréquente, qu'elle provienne de la trop grande quantité des aliments, de leur mauvaise qualité ou d'une mauvaise disposition de l'estomac. On a cité l'ingestion de baies de morelle, de belladone ; je rappellerai ici que j'ai publié l'observation collective de neuf filles, de la section des orphelins, de huit à douze ans, qui avaient mangé des fruits verts de datura stramonium (pomme épineuse), qu'elles appelaient de petits marrons : toutes furent prises de dilatation des pupilles, avec des convulsions terribles, alternant avec un délire gai, extraordinaire, état qui se prolongea d'une manière inquiétante pendant huit et dix heures. — Les vers intestinaux passent avec les dents dans l'esprit des matrones pour toute la cause des convulsions : ces deux conditions doivent être maintenues ; mais on fait leur part trop large, et les médecins doivent la restreindre. La constipation, la rétention du méconium, les invaginations, les inflammations, les irritations du tube digestif, provoquent l'éclampsie ou en sont accompagnées.

Sang. — Le sang mérite aussi une grande attention : l'anémie *détruit* les nerfs ; considérez toujours la pâleur, la faiblesse, le pouls des enfants, les maladies qu'ils ont faites, la manière dont ils se nourrissent depuis quelque temps. N'oublions pas que les sangsues, qui leur sont si salutaires, leur sont quelquefois mortelles, et recommandons toujours d'en bien surveiller l'écoulement. — Plus souvent le sang pèche par son abondance, sa richesse, sa composition viciée, par son cours trop rapide. Les fièvres intermittentes et autres déterminent des convulsions : Sydenham les a remarquées au début des fièvres éruptives, et les a même annoncées comme d'un bon augure. Je regrette de m'inscrire en opposition contre un de mes auteurs favoris ; mais je dois dire que j'ai noté le contraire dans presque tous les cas qui se sont présentés à ma connaissance. — Les anciens médecins insistaient beaucoup sur la rétrocession des exanthèmes : je l'ai observée quelquefois en effet ; mais j'ai surtout remarqué que ces petits enfants proprets, dont les mères sont si vaniteuses, qui n'ont jamais de boutons, de suintement, de croûtes à la tête ou à d'autres parties du corps, sont surtout exposés à l'éclampsie. Ces eczémas sont pour moi des émonctoires, des rigoles de dérivation par lesquelles s'écoulent du sang, de l'âcreté ou des humeurs, de la démangeaison, de la douleur ou du fluide nerveux. Il s'agit de savoir si c'est le trop-plein qui s'échappe par-là, ou si

c'est une source d'épuisement. — Nous mentionnerons aussi les troubles de la circulation et de la respiration, les dyspnées, la coqueluche surtout, comme donnant lieu à l'évanouissement et à la crise bleue.

Système nerveux. — Du côté du système nerveux, nous avons, pour l'éclampsie symptomatique, les altérations du cerveau, de la moelle, de leurs enveloppes et du liquide céphalo-rachidien; pour l'éclampsie essentielle, des congestions sanguines dans les centres nerveux, dans leurs enveloppes, et l'exhalation de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; tous les excitants physiques, plaies, fractures, piqûres, brûlures, formation d'abcès, etc. — La dentition a été notée et commentée à l'infini. Nous ferons seulement remarquer, pour légitimer la part qu'on lui donne, la vive sensibilité qui se développe dans les dents pendant la carie ou dans le cours des névralgies. Si, quand elles sont cariées ou irritées, elles causent des douleurs si vives; pourquoi, lorsqu'elles sont contrariées dans leur évolution, n'occasionneraient-elles pas des perturbations dans la vie toute nutritive de l'enfant? — Les émotions trop vives de la nourrice, colère, terreur, lascivité, ont causé quelquefois des convulsions au nourrisson. Plus grand, ces impressions directes les déterminent aussi chez l'enfant, telles qu'une gaîté trop folle, le chatouillement, le rire immodéré, une contrariété extrême, et surtout la frayeur.

Éducation. — Enfin il y a une foule de circonstances variées, dans lesquelles se manifeste l'éclampsie, et qu'on peut rapporter à l'éducation. Ainsi il se rencontre des familles qui, par habitude ou par orgueil, mènent en quelque sorte une vie féodale, retirées dans leur château, dans leur richesse, dédaignant un monde dont elles ne croient pas avoir besoin. Les enfants partagent nécessairement l'isolement des parents : dans cet état, toutes les facultés ne se développent pas, ne s'exercent pas ; il y a stagnation, formation et écoulement vicieux du fluide nerveux, d'où résultent quelquefois des éclampsies extrêmement bizarres. — Il y a des lieux où j'ai rencontré plus particulièrement notre affection : ce sont les hameaux loin des villes, loin des routes, proches des bois, des montagnes ; dans les localités sauvages où l'air est vif, les enfants forts et peu distraits. Là je suis consulté pour une éclampsie grave; des frères y ont succombé, les aînés en ont été atteints, ceux qui m'entourent sont peureux, étonnés; ils se cachent, ils regardent en dessous, ils ont le regard fauve, l'œil enfoncé et brillant, la peau colorée; ils annoncent une grande énergie vitale et des forces qui couvent. — Chez certains ouvriers, les mères elles-mêmes sont absentes de la maison une partie de la journée,

ou fortement occupées : elles laissent alors leurs enfants le plus qu'elles peuvent au berceau ou barrés dans une petite chaise, ou elles leur donnent l'habitude de rester tranquilles et de garder la maison. Dans cet état, la vie ne se développe pas et ne s'exerce pas régulièrement. La misère avec ses souffrances, sa gêne, son influence déprimante, agit encore dans le même sens. — Ailleurs, au contraire, l'enfant est parfaitement nourri et soigné ; il est agacé et excité sans cesse ; il devient précoce, d'un esprit hâtif : craignez ces enfants !

Quand ils ont tant d'esprit, les enfants vivent peu !

L'homme enfant doit vivre de cette triple existence : vie végétative ou de nutrition, vie animale ou de mouvement, vie intellectuelle ou d'esprit. L'harmonie résulte de la balance de ces trois grandes fonctions, le désordre de la prédominance dans l'exercice de l'une ou de l'autre. Le remède que peut apporter l'éducation, c'est de tendre à les équilibrer suivant les dispositions de chacun : activer ou modérer la nutrition, arrêter la force animale par une nourriture légère et l'exercice de l'intelligence ; retarder l'intelligence, en prévenir l'explosion par une nourriture moins excitante et un plus grand exercice physique.

§ III. — *Symptomatologie.* — Il serait difficile de présenter en bloc tous les symptômes d'une manière complète ; nous les suivrons d'abord dans les appareils des sens, dans ceux des muscles de la vie de relation et de nutrition, et dans les fonctions de l'innervation ; puis, après cette énumération, nous reconstituerons la maladie dans son ensemble.

Les yeux. — Les yeux doivent être le point de mire de l'observateur. Sur leur expression on juge de l'intensité du désordre, de la diminution ou de l'exaspération de la crise. Ils perdent ce qu'ils ont de naturel, d'intelligent, de volontaire : ils sont ouverts, et les malades n'en voient pas, et cela plus ou moins longtemps après la cessation de l'accès. Ils sont fixes, ou bien ils errent dans l'orbite sans but, sans discernement ; plus souvent ils se tournent surtout en haut en dedans avec une force, une rapidité et une opiniâtreté effrayantes. La circulation y est aussi modifiée : accélérée, le regard est brillant et animé ; ralentie, le miroir est terne et caligineux. A une certaine période, les vaisseaux de la conjonctive scléroticale deviennent rouges et variqueux ; les mères disent alors qu'il y a du sang dans les yeux : c'est un signe très-fâcheux et qui est lié à une congestion cérébrale très-considérable. Les paupières sont elles-mêmes enluminées, ou bleuâtres et battues. — Dans ce désordre des fibres musculaires, tendineuses, nerveuses, des vaisseaux sont

rompus, la pulpe rétinienne est elle-même ébranlée et altérée. — Comme conséquence, la vue est complétement perdue (j'en ai un exemple survenu chez un enfant de 10 mois, et qui est permanent depuis deux ans), ou très-fréquemment elle est affaiblie; d'où beaucoup de strabismes, car le strabisme provient plutôt de la faiblesse d'un œil que du raccourcissement d'un muscle.

Oreilles. — Vers les oreilles, les phénomènes sont peu apparents, à part l'insensibilité momentanée aux sons, aux bruits, aux interpellations de toute espèce. Toutefois, il y a beaucoup d'enfants sourds qui sont éclamptiques, ce qui peut bien tenir chez eux à la concentration de leur caractère ; mais l'ouïe, ce sens à la pulpe nerveuse si délicate, n'est pas à l'abri des désorganisations qui surviennent dans les convulsions.

Nez. — L'organe de l'olfaction est encore plus rarement affecté : il n'est remarquable que par l'agitation extrême des ailes du nez, l'effilement de sa pointe, le sifflement de la respiration, et à une période avancée par la pulvérulence des narines.

Face. — La face n'a plus rien de beau ni d'humain : au gracieux sourire ont succédé d'affreuses grimaces; au calme, à la sérénité, une agitation incessante. Après les yeux, c'est la bouche qui est le plus tourmentée : les lèvres sont entraînées en tous sens, les mâchoires serrées, les dents crochetées, ou bien elles grincent les unes contre les autres. La langue est quelquefois mordue, et un peu de sang colore une légère mousse qui s'écoule, quoique beaucoup plus rarement que dans l'épilepsie. Au lieu d'être fermée, la bouche peut être ouverte, et la langue incessamment propulsée en avant. Au lieu d'être ainsi poussée à l'extérieur, la langue peut elle-même être refoulée au fond du gosier : les bonnes femmes disent alors que la langue s'est retirée, et ajoutent plus de gravité à cette forme, bien qu'elle n'en ait ni plus ni moins. — Dans l'état insidieux, subéclamptique, on n'aperçoit que le plissement du front, un mâchonnement et de petites contractions brusques, principalement vers les commissures des lèvres. La coloration de la face change à chaque instant : elle passe du blanc au rouge, du rouge au bleu ; nous reviendrons sur ces différentes teintes. — Comme reliquats, on observe des déviations dans les traits et des tics spasmodiques.

Le tronc et les membres. — Dans les muscles du tronc et des membres il survient des contractions désordonnées, d'une exagération et d'une énergie surprenantes. Le corps est renversé en arrière, courbé en arc ; il ne porte quelquefois que sur les talons et l'occiput : on dirait qu'il va se rompre, ou bien c'est un renversement alternatif, mais interminable. Les bras, les jambes

sont projetés çà et là, tordus ou contracturés. — Dans l'état insidieux, les doigts sont crispés, le pouce est particulièrement maintenu dans la paume de la main, ou il y a dans les membres et le tronc des contractions toniques qui rendent seulement les parties dures et roides. Les nouveau-nés présentent particulièrement cette forme, et lorsqu'elle est générale on pourrait les enlever tout d'une pièce comme les petits *durés* (1). Si cette roideur est limitée à une partie du corps, l'éclampsie est plus difficile à reconnaître. Ne rejetez pas les appréhensions des nourrices qui viennent vous consulter pour un état semblable, lors-même que vous ne pouvez le constater au moment précis où l'enfant vous est présenté. Deux ou trois jours après, vous pourriez apprendre que le *catâire* s'est tout à fait déclaré, et que cet enfant, qui ne vous semblait pas malade, a succombé. — Comme reliquats de convulsions, on rencontre, avec une infinité de variétés, des déviations, des torticolis, des rétractions, des tremblements, des paralysies et leurs conséquences, atrophies, relâchement des articulations, impuissance des membres, etc.

Voies digestives. — Vers les voies digestives, le pharynx est pris de constrictions spasmodiques ; la déglutition est difficile ou impossible ; les enfants ne peuvent mouvoir la langue ni pour parler, ni pour boire, ni pour teter. — L'œsophage peut être soulevé alternativement dans un hoquet pénible ; le ventre est tendu, volumineux, météorisé ou plat, et appliqué contre la colonne vertébrale. En faisant des frictions avec la main, on sent des contractions profondes. L'estomac est coarcté, l'anus l'est aussi avec la plupart des sphincters, les fibres annulaires du tube digestif le sont elles-mêmes de distance en distance, et donnent ainsi naissance à des invaginations que j'ai rencontrées très-souvent dans mes autopsies, et jusqu'au nombre de six, huit, douze. Il résulte de ces resserrements que les matières amassées dans l'estomac et le rectum y sont emprisonnées, et qu'elles ne circulent pas davantage dans le trajet de l'intestin ; ou bien il survient des borborygmes, des nausées, des vomissements, et l'émission involontaire des urines et des matières fécales. — Ces perturbations abdominales qui sont manifestes dans l'éclampsie complète, et qui en sont souvent la cause, peuvent exister seules, à un degré plus léger, plus obscur ; elles peuvent se répéter un grand nombre de fois à notre insu, en prendre en quelque sorte l'habitude, entraver la circulation des matières, du sang, des sécrétions, faire dépérir le sujet, ou l'irriter au point de provo-

(1) On appelle ainsi, à l'Hospice des enfants-trouvés, les nouveau-nés affectés d'endurcissements du tissu cellulaire.

quer des convulsions évidentes. L'éclampsie abdominale est une des plus fréquentes. On ne saurait trop souvent chercher le point de départ de cette affection dans le ventre : considérez-le toujours chez les enfants avec autant de défiance que les flancs du cheval de Troye; battez bien ce marais fangeux, il recèle le monstre : c'est là l'*omnium Lerna malorum*.

Voies respiratoires. — Du côté des voies respiratoires, on observe un *plaint* douloureux à entendre, des cris, une voix discordante, des soupirs, des sanglots. La respiration est saccadée, suspendue : on dirait qu'elle se fait entendre pour la dernière fois; puis elle revient profonde, précipitée. Il y a des spasmes, des resserrements dans le larynx, la trachée, les bronches; des suspensions dans le jeu du diaphragme et des muscles respiratoires. L'air et le sang ne traversent pas librement le poumon, et l'hématose est pervertie. Les mucosités s'accumulent souvent dans les bronches, et produisent une respiration bruyante, une suffocation, un râlement comme dans l'asthme compliqué de catarrhe.

La circulation suit les troubles de la respiration, et avec ces deux fonctions la caloricité et la coloration de la peau. — Le pouls est accéléré et développé, ou concentré. — La chaleur est générale, extrême; l'enfant est inondé de sueur comme s'il faisait de grands efforts, ou il y a un froid glacial, un enduit gluant, une haleine refroidie. — La chaleur peut aussi être inégalement répartie, la tête est brûlante, le front surtout : les membres, les joues, le nez sont froids : j'ai vu, chose très-remarquable, une moitié du corps (face, bras, jambe) froide et l'autre chaude, une froideur hémiplégique. — La coloration est rouge intense, le sang paraît se porter principalement à la tête ; ou pâle, livide, il semble se concentrer dans les cavités splanchniques. Il y a un moment terrible enfin, fréquent dans la coqueluche et la dyspnée, où l'enfant devient bleu avec un état syncopal ou d'asphyxie imminente. Cette fameuse teinte bleue, qui a été notée très-anciennement, qui est la terreur des mères, pour laquelle le médecin n'accourt jamais assez tôt, tient-elle à un spasme du cœur et des anneaux musculaires qui environnent les gros vaisseaux à leur origine, ou tient-elle à la suspension de l'aspiration diaphragmatique? Les deux causes peuvent y concourir, mais surtout cette dernière : le sang stagne dans les cavités droites du cœur, reflue par les jugulaires, et se répand non hématosé, charbonneux, dans leurs ramifications, cyanosant la face et stupéfiant le cerveau. — Ici, de même que dans l'abdomen, ces troubles peuvent exister seuls, obscurs, insidieux. Vous avez bien des

enfants (presque tous les rachitiques) qui sont pris fréquemment de dyspnée, de suffocation au point de gêner l'hématose et de les jeter dans l'allanguissement. J'en connais qui ont succombé uniquement à ces crises, sur lesquelles bien des médecins passent trop légèrement. — Enfin, j'ai été réveillé plusieurs fois pour des enfants que l'on croyait atteints du croup : je constatais moi-même cette toux croupale, et le lendemain dans la plupart des cas, je rencontrais mes malencontreux bambins frais et dispos; c'est la toux férine que je rattache ici à l'éclampsie pulmonaire, parce que je l'ai trouvée quelquefois avec la perte de la parole et un état convulsif.

Cerveau.—Nous mentionnerons, comme plus particulièrement dépendant du cerveau, la perte de connaissance complète, ou seulement la privation momentanée de la faculté d'expression ; le délire, les cris, les paroles incohérentes. Pendant le sommeil, les rêves, le réveil en peur et les hallucinations : ainsi les enfants croient entendre des bruits extraordinaires, des interpellations ; ils croient voir des fantômes, des bêtes effrayantes ; ils appellent leur père, leur mère, leur bonne ; ils parlent de ce qui les occupe, de joujoux, de Polichinelle, de chevaux, de soldats, etc., ou ils croient être en lieux propices et ils lâchent leurs urines, leurs matières ; d'autres tettent, font des mouvements plus considérables, sautent, se lèvent tout endormis et tombent du lit. — Il existe une forme où l'on découvre simplement la perte de la parole ; du reste, toute l'apparence du calme et de la santé est conservée. Les parents font lever le médecin en toute hâte ; il arrive d'assez mauvaise humeur : le pouls est naturel, la figure empreinte de sérénité ; on serait tenté de donner le fouet à ces petits morveux, plutôt que de les plaindre : ne vous y trompez pas, le mal peut couver. Un fait de ce genre s'est passé dans notre ville : on fait lever un confrère la nuit pour un enfant de 10 ans ; il trouve le facies et le pouls naturels ; il arrache quelque oui ou non, et dit que l'enfant boude. Le lendemain matin, même taciturnité, même calme apparent ; à onze heures, explosion de convulsions tétaniques, qui durèrent quinze heures sans discontinuer, et qui amenèrent la mort au milieu de toute une assemblée médicale.— Enfin il peut arriver qu'il n'y ait que du délire, éclampsie sans convulsions : prouvons ce paradoxe par un exemple. Une fille, de 8 ans, tombe dans une anémie profonde à la suite d'une fièvre intermittente. Cette enfant, d'ailleurs précoce et gentille, ne dort plus : elle voit des serpents, des crapauds, des vaches qui la poursuivent; son père ne peut se séparer d'elle ni jour ni nuit ; elle se crampenne après lui ; au moindre bruit elle

s'effraie. Quand je lui prends son bras pour lui tâter le pouls, c'est comme si j'allais le lui couper; même appréhension pour sortir sa langue, pour se laisser toucher l'abdomen; quand je veux lui appliquer sur le cou mon stéthoscope pour constater le bruit de souffle, sa terreur est au comble; anéantie, elle trouve des forces pour se dresser soudain. (Le quinquina et le fer ont fait justice de ce délire anémique.) — A quelques jours de là, je suis appelé dans les environs en consultation, avec un honorable confrère, pour une éclampsie évidente, survenue à la suite de sangsues qui avaient saigné trop abondamment (de son aveu même entre nous deux). L'enfant commença par déparler, puis la parole se perdit : il survint du strabisme, du trismus, des convulsions, une hémiplégie et la mort. — N'avons-nous pas dans ces deux observations même cause, même début, et analogie frappante entre des muscles, qui là sont prostrés, impuissants, et ici convulsés, puis paralysés? C'est évidemment la même affection, seulement en raison de la variété des susceptibilités : chez l'un, la perturbation de l'innervation porte sur l'intelligence, chez l'autre, sur le système musculaire.

Poursuivons et maintenons le parallèle que nous avons posé avec l'hystérie : de même que beaucoup de femmes sont hystériques sans présenter la crise épileptiforme, de même beaucoup d'enfants sont éclamptiques sans être convulsionnaires. D'après cette manière de voir, nous ferons rentrer dans le cadre de l'éclampsie divers états nerveux indéterminés, sans classe, sans titre, et qui se présentent journellement, tels qu'une extrême irritabilité, des caprices, des colères, des fureurs, des manies extraordinaires, de l'hébétude, de la taciturnité, du bavardage, une espèce de *delirium infantile* en rapport avec les petites connaissances de cet âge.

Quelques observations nous feront mieux comprendre : nous les donnerons en petit nombre et le plus succinctement possible.

Obs. I. — X. ***, issu de parents nerveux, est venu au monde faible et sans cheveux, a eu la gale en nourrice, et ne s'est élevé qu'à force de soins, grêle et chétif. Depuis trois ans, à intervalles de quatre à huit jours au plus, il est pris, dix, vingt et cent fois, dans les vingt-quatre heures, d'une douleur abdominale, subite électrique, qui lui arrache des cris : il se frotte le ventre avec les mains en se tordant; puis la douleur (le clou hystérique, l'*aura hysterica*), rapide comme l'éclair, va dans la mâchoire, parcourt le nerf dentaire, ou elle se porte dans un des côtés de la poitrine; l'enfant la suit toujours des mains en se tordant et se plaignant. Elle s'échappe, l'électricité s'est épuisée; surviennent un soupir, de

la rougeur aux joues, des larmes dans les yeux : l'enfant se remet ; il continue de parler, de manger. Dans une minute, cinq aux plus forts accès, la crise s'est accomplie, pour recommencer coup sur coup ou un quart d'heure, une heure après.— On a consulté toutes les célébrités des environs ; on a écrit à Paris pour un état aussi pénible et insolite : ennuyé des insuccès, des moyens trop violents proposés et de la rébellion de l'enfant, on se décidait presque à attendre sa mort en patience. Attirée par ma réputation d'ancien interne d'un hospice d'enfants, la mère m'amène son fils de huit lieues, et revient toutes les semaines me faire une séance de deux heures pour que j'examine bien son petit malade, et que je ne taxe pas ses récits d'exagération. — Cet enfant a 10 ans ; il est grand, mince, presque sans cheveux ; il a la peau molle, perlée de sueur, le pouls constamment fréquent, de cent vingt à cent quarante pulsations. La langue est rugueuse, chargée à la base, rouge à la pointe ; le ventre est tendu : il y a peu d'appétit et des alternatives de dévoiement et de constipation. Du reste, cet enfant a la physionomie fine, distinguée, intelligente ; il s'exprime bien, il sent son état, il a de l'amour-propre, et il veut guérir.—Je suis jeune, je lui parais moins rébarbatif que les graves docteurs qu'il a consultés : nous devenons très-camarades, et je parviens à le soumettre à un traitement actif et prolongé, dans lequel je combine les purgatifs, les antispasmodiques, les bains sulfureux, les bains de Néris, les toniques, l'exercice physique et moral. Au bout de dix mois de traitement, après des alternatives d'espoir et de désespoir, des retards, des exaspérations, de l'atténuation dans les crises, elles sont enfin devenues plus rares, et depuis deux ans, elles n'ont pas reparu. Ce jeune homme a actuellement 14 ans, et il est devenu énorme ; autant il était grêle, autant il est puissant.

Obs. II. — Z. *** a 9 ans ; son père est hypochondriaque, sa mère névralgique : elle est venue jusqu'à six fois chez moi pour se faire arracher une dent sans s'y décider. Il va à l'École mutuelle ; il est sérieux, intelligent, studieux. En lisant, en mangeant, en parlant, tout d'un coup il devient fixe : il ne voit, il n'entend rien, il est insensible au monde extérieur ; son visage change de couleur ; debout, il chancèle : c'est l'affaire d'un quart de minute. La nuit, son sommeil est troublé, et le jour, ses crises se répètent souvent. Voilà deux ans que cet enfant est dans cet état. Ses parents ne sont pas à même de faire un traitement dispendieux et suivi, et j'appréhende qu'il ne devienne un jour épileptique.

Obs. III. — M. et Mme *** sont dans le commerce et font bien

leurs affaires. Le mari est fort, violent, bilieux au point de vomir quelquefois des flots de bile, à la suite de contrariétés. Mme *** est délicate et très-courageuse; elle est sujette à des migraines et à des névralgies faciales qui la tiennent cinq et dix nuits sans fermer l'œil; elle a passé des semaines sans se coucher en soignant ses enfants. La plus grande ambition de ces gens-là serait d'élever des enfants; ils en ont eu cinq; quatre sont morts, deux peu de temps après leur naissance, deux de maladies inflammatoires, compliquées de symptômes nerveux considérables. — Celui qui survit a 30 mois, il a cumulé déjà la rougeole, une pneumonie, des irritations abdominales, et une gastro-entérite qui l'a mis littéralement aux portes du tombeau. — Il est gentil, caressant par moments, précoce, plein de connaissance, ou méchant, colère comme un petit démon. Dans ses maladies, il est accablé ou agité; en sommeillant, il grimace, il grince des dents, il éprouve des secousses électriformes; éveillé, il est pris de colère folle, quand on l'approche et qu'on ne lui convient pas, il crie et répète va-t-en, va-t-en, d'un accent terrible. Il bat, il mord, il déchire sa mère, il se couche sur le parquet : on frémit devant ses colères enfantines, auxquelles, avec toute la sévérité raisonnable, on n'a rien à opposer ; on a peur même de ne l'avoir pas satisfait assez vite. — Ce malheureux enfant vient aussi de succomber, après six jours de maladie avec délire, agitation, alternative d'exaltation et d'affaissement. — J'ai fait l'autopsie, sur la demande de la famille. Nous avons constaté, avec un confrère, une forte congestion cérébrale dans la pie-mère et dans la substance même. Les poumons étaient maintenus par de fortes adhérences, et les ganglions du mésentère étaient un peu engorgés, la vésicule biliaire très-volumineuse.

Obs. IV. — M. et Mme *** forment un des jolis ménages de notre ville. Mme *** est fraîche, bien faite, vaporeuse (hystérique). Le mari, qui est un méridional (de Toulouse même), est un homme très-intelligent, brun de cheveux, jaune de peau, sec de constitution, d'une bonne santé, à part des étouffements qui l'obligent de se lever les nuits. Ces gens ont eu quatre enfants ; trois sont morts : j'ai fait l'autopsie d'un, sur la demande du père. Tous quatre semblaient jetés dans le même moule, tous quatre rachitiques. Celui, dont je rapporte principalement l'observation, avait deux ans ; il était très-fréquemment pris d'étouffements, de ballonnement du ventre ; il tombait dans une anxiété extrême : devenait froid, bleuâtre ; faisait entendre un *plaint* étouffé et paraissait prêt à succomber. Les troubles portaient presque exclusivement sur le ventre et sur la poitrine, et paraissaient tout

nerveux. Pendant huit mois, je droguai ce pauvre enfant assez fortement (j'étais à mon début), et je le relevai à plusieurs reprises. Ennuyé cependant d'une polypharmacie incessante, je me relâchai de ce que je regardais comme une prodigalité, et une nuit il succomba dans un accès d'étouffement, avec quelques convulsions. — A l'autopsie, je ne trouvai rien qui pût expliquer la mort, et j'ai ouvert des centaines de cadavres sous la direction de mon excellent chef de service, M. Baron. — Cet enfant était mort par suspension de l'innervation, et je regrettai, je l'avoue, mon musc, mon castoréum, mon camphre, mes teintures antispasmodiques et tout l'attirail de ma pharmacie, à l'aide de laquelle j'avais entretenu chez lui un souffle de vie toujours prêt à s'éteindre.

Ces quelques observations, que nous pourrions multiplier et développer considérablement, nous montrent suffisamment les transformations de l'éclampsie : d'abord nous avons des convulsions avec une douleur viscérale, des cris, des troubles nerveux extraordinaires ; dans la seconde observation, une simple fixité, une suspension momentanée de la vie de relation ; dans la troisième, c'est une pétulance, une exagération dans le cours de la vie ; enfin, dans la quatrième, la métamorphose est complète ; tout se passe à l'intérieur : ce sont des spasmes des bronches, du diaphragme, des muscles abdominaux et des intestins. Et tous ces symptômes variés découlent d'une même source, ont une même parenté : les frères ont eu des convulsions ; ils ont des pieds-bots ; ils sont sourds et muets, etc. Les pères sont des hommes nerveux, hypochondriaques, les mères sont plus ou moins hystériques.

Tous les symptômes épars que nous avons énumérés se groupent, se réunissent dans différentes combinaisons, et constituent l'éclampsie, 1° universelle, dans laquelle tous les muscles de la vie de relation, de nutrition, sont convulsés et l'intelligence suspendue ; 2° partielle, dans laquelle une moitié du corps, un membre, la face, une région limitée, sont seulement affectés ; 3° externe, dans laquelle les muscles de la vie de relation semblent seuls mis en jeu ; 4° interne, quand ce sont principalement ceux de la vie de nutrition ; 5° cérébrale, lorsque le désordre porte particulièrement sur l'intelligence.

§ IV. — *Marche ; prodromes, attaque, durée, retours, terminaisons et transformations.* — L'éclampsie commence *ab ovo*, dans l'œuf même. Je suis d'autant plus porté à soutenir cette opinion, qu'une des causes capitales, pour moi, est l'origine. Si on nous accorde que le principe de la vie peut être vicieux, pourquoi, dès

qu'elle entre en action, ne se développerait-t-il pas des perturbations ? Si on admet que le fœtus est sujet à des maladies dans le sein de sa mère, pourquoi par hasard serait-il exempt de l'éclampsie, la maladie de l'enfance par excellence, qui le saisit immédiatement en naissant ? Delpech, Béclard, Bouvier (de l'Académie de médecine de Paris), ne sont pas éloignés d'attribuer à cette cause le pied-bot, les déviations de la main, et l'on sait que c'est une doctrine professée et considérablement étendue par les ténotomistes. Je crois, en effet, que beaucoup d'affections congénitales proviennent de cette source ; et par exemple, je suis tenté quelquefois de regarder le mutisme comme un reliquat de convulsions intra-utérines, parce que les muets que j'ai observés doivent le jour à des parents très-nerveux, que les frères sont éclamptiques, qu'ils le sont eux-mêmes, parce que dans les convulsions il y a surdité et perte de la parole, états qui peuvent passer du momentané au permanent. — A peine sorti du sein de la mère, l'enfant est souvent pris de convulsions : il se roidit, il ne sait pas crier ; la respiration ne peut parvenir à s'établir ; la circulation s'embarrasse, et ainsi succombent beaucoup de nouveau-nés. — Pendant l'allaitement, le nourrisson est très-sujet aux convulsions, fréquemment aux époques de la dentition, souvent de 3 à 4 ans ; déjà de 5 à 10 ans, on observe une diminution notable de fréquence.

L'éclampsie éclate subitement au milieu des apparences de la plus belle santé, dans le cours d'une maladie, ou après un prodrome manifeste. Ce prodrome consiste dans un état maladif, ou, chose paradoxale, dans un trop grand état de santé. Ainsi j'ai vu des enfants, doués du reste de la constitution éclamptique sur laquelle j'ai tant insisté, qui se portaient à ravir, j'en avais moi-même fait compliment aux parents ; la nuit on venait me chercher pour une éclampsie soudaine, ou il se déclarait une maladie qui en était compliquée. Tout bonheur couvre un malheur ; défions-nous de même de la santé trop florissante, elle ne revêt souvent la fraîcheur de la fleur que pour en prendre aussi l'éphéméréité.

La constipation, les alternatives de dévoiement, sont des signes avant-coureurs d'indisposition chez les enfants : la fétidité des vents, des matières, l'odeur plus prononcée des urines, méritent aussi d'être notées. — Le prodrome le mieux caractérisé est celui où l'enfant est pris d'une fièvre de vingt-quatre à quarante-huit heures avec accablement, rêvasserie, agitation, mâchonnement, soubresauts des tendons, réveils en sursaut, changement de visage et de caractère. Je connais des mères qui

à force de soins, sont parvenues à maintenir les choses à ce point tout à fait comparable à ces temps orageux, sans explosion de l'orage. L'éclampsie est essentiellement une maladie orageuse, et elle partage toute l'incertitude des orages : elle se laisse quelquefois deviner; plus souvent elle nous surprend. — Une fois déchaînée, elle peut encore nous abuser : ce n'est qu'une ramée, qu'une bourrasque; en quatre ou cinq minutes tout est fini, avant qu'on ait eu le temps de nous trouver et de nous amener. Mais nous voilà face à face avec une attaque formidable : les yeux sont détachés de cette terre; ils n'y distinguent plus rien; ils tournent dans l'orbite sans but et sans fin : le regard est brillant, la face vultueuse et bouleversée, le nez pointu, les narines agitées, la respiration sifflante; dans la gorge, dans la poitrine, on entend des cris, des efforts, des soupirs, des sanglots; il y a resserrement des mâchoires, grincement des dents, impossibilité de glisser quelques gouttes de boisson, ou elles causent des accidents de déglutition qui vont jusqu'à la suffocation; les mains sont crispées, les membres roides, tordus, lancés çà et là, le corps incessamment soulevé et renversé en arrière; et cette scène prend un caractère durable; elle relâche quelques secondes et recommence aussitôt. La fatigue se manifeste, les forces s'épuisent, les orbites se creusent, la conjonctive scléroticale rougit, la face se décompose, le mouvement se ralentit, le pouls se perd, la chaleur diminue et l'enfant s'éteint. — La crise peut aller moins grand train; elle se suspend deux ou trois heures, et recommence; il peut se faire aussi qu'il y ait une succession d'accès moins intenses et plus éloignés pendant huit, dix et vingt jours. La fièvre est généralement dite alors cérébrale : sans répudier cette dénomination, j'aimerais presque autant dire fièvre éclamptique, car ce n'est souvent que la persistance ou la répétition de l'éclampsie.

L'éclampsie peut durer, à l'état de crise presque aussi forte que nous l'avons décrite, six, dix et vingt-quatre heures. Nous avons été réunis, l'année dernière, plusieurs médecins auprès de la fille d'un notaire; la crise commença à six heures du soir, et ne finit qu'à huit heures du matin, avec la vie de l'enfant, et presque sans avoir discontinué. Trois fois on est venu me chercher de quatre lieues pour un enfant de 8 ans, qui a été vu aussi par un grand nombre de mes confrères : les convulsions le prenaient et paraissaient vouloir persister; le père montait à cheval, venait à la ville, nous déjeûnions, nous faisions notre voyage; je retrouvais l'enfant en convulsions; je restais deux heures, et elles n'avaient pas cessé. Pendant trois ans, cet enfant a ainsi été

affecté. Les étés il allait bien, il se remettait, et à dater du mois d'octobre ou de novembre, il était presque toujours malade, avec des crises de cette force. Cet enfant était plein d'esprit, docile à tous les remèdes; on en employa de toute espèce, mais en vain : il tomba dans la paralysie et succomba.

Cette observation nous conduit à la question des retours. Ces retours ont lieu, nous ne dirons pas le même jour, c'est ordinairement alors une même attaque, mais dans la même semaine, plusieurs fois par mois, ou tous les deux ou trois mois, ou tous les ans à la même saison. L'hiver et la nuit semblent surtout les temps de prédilection de l'éclampsie : la nuit, parce que c'est le moment de recrudescence des maladies, et particulièrement les longues nuits d'hiver, parce que le froid active la circulation et la nutrition, et qu'il concentre la vie davantage; pendant les jours courts et de mauvais temps, les enfants sortent moins, ils jouent moins longtemps, ils sont moins distraits, moins exercés; ils n'écoulent pas assez de fluide nerveux, qui reste alors renfermé comme une force superflue et perturbatrice.

Les retours de l'éclampsie en constituent le caractère vraiment inquiétant, et nous font songer à sa terminaison, qui peut se faire quelquefois sans doute par l'épilepsie, si les parents sont épileptiques, ou dans l'impossibilité de livrer leur enfant à toute la puissance de la médecine et d'une éducation bien dirigée; mais bien plus souvent elle a lieu par la guérison : souvent aussi par la mort ou par quelqu'une de ces infirmités que nous avons désignées sous le nom de reliquats. Enfin avec les progrès de l'âge elle semble disparaître, ou plutôt elle se transforme comme nous allons le voir.

Par ses effets, par analogie, nous l'admettons pendant la vie intra-utérine; elle est fréquente pendant l'allaitement, fréquente jusqu'à 4 ou 5 ans : dès lors, avons-nous dit, elle diminue. Que s'est-il donc passé, et que survient-il de nouveau? A l'état d'œuf et graduellement, soit jusqu'à 5 ans, la vie était assez limitée : elle se passait presque toute en dedans à fabriquer, à monter, à essayer les rouages de la machine humaine. A cet âge, au contraire, elle devient très-manifeste et s'épanche parfaitement à l'extérieur : sans cesser de manger beaucoup et de profiter, l'enfant se donne du mouvement, et son intelligence est bien éveillée. Voyez cette pétulance, cette activité, ces sensations multipliées; considérez ces courses, ces luttes, ces efforts, ces cris, ces pleurs, ces jeux et ce travail de l'intelligence, et ces notions nouvelles que lui apportent ses sens de toutes parts, qu'il a

besoin de répéter si longtemps pour s'en rendre compte. — Quelle consommation de fluide nerveux dans tous ces actes! La vie a son cours et un cours rapide, tel qu'elle ne l'aura plus à un autre âge.

Nous allons et nous arrivons à la puberté. La petite fille, qui était un lutin fieffé à l'égal de son camarade, dont elle va se séparer à jamais, devient plus posée, plus circonspecte; la vie se concentre; mais une porte va s'ouvrir, par laquelle le sang périodiquement rafraîchi modérera cette nouvelle existence. Et que de peines pour l'établissement de cette menstruation; combien de pauvrettes tomberont dans la chlorose, combien auront l'innervation viscérale troublée, ce qui correspondra à notre éclampsie interne; combien auront le caractère bizarre, changé de fond en comble, ce qui rappellera notre forme cérébrale; combien auront des crises hystériques, ce qui pour tous sera l'analogue de l'éclampsie franchement convulsive!

De son côté, notre garçon grandit; il s'adonne à des travaux physiques, à des études sérieuses qui absorbent et qui occupent sa vitalité; d'autre part il se prépare généralement à la virilité par la masturbation, tressaillement universel dans lequel se dégage une forte charge de fluide nerveux, soupape par laquelle s'échappe le trop-plein s'il en use modérément; et s'il en abuse, fuite par laquelle se perdent l'esprit, la force, la fraîcheur, toute l'aimable juvénilité. — Cependant nous atteignons l'âge de 17 à 25 ans, que devient notre petit homme plus ou moins précoce? De sans soucis, nous le trouvons soucieux; de folâtre, extravagant et lancé dans toute espèce d'excès: si c'est un garçon sage et tranquille, son activité rentre en lui-même; il se préoccupe de soi, il éprouve des malaises, il croit avoir toutes les maladies dont il entend parler: fait-il une incartade, attrape-t-il une galanterie, c'est un syphiliophobe inconsolable; ou il se croit poitrinaire, il parle de mort, il tombe dans la mélancolie, comme sa compagne est tombée dans les pâles couleurs.

Mais nous voilà à peu près des hommes formés: jetons un regard en arrière; voyons d'où nous sommes partis et où nous sommes arrivés. Nous étions nés éclamptiques, nous voici hystériques et hypochondriaques! N'avions-nous pas raison de dire que ces trois maladies constituent un triangle, un cercle qui se reproduit?

L'éclampsie était une maladie vague, nous en avons fait une maladie précise. Je ne sache pas, dans la littérature médicale, qu'il ait été établi un rapprochement aussi intime entre ces trois affections, qu'on ait assigné à l'éclampsie un domaine aussi

vaste, qu'on ait fait rentrer dans ses dépendances tant de perversions nerveuses voisines et indéfinies. Je prends date de cette manière nouvelle de considérer l'éclampsie, et j'en appelle à l'attention de tous mes honorables confrères de la Société de médecine de Toulouse, devant lesquels j'expose mes opinions pour la première fois. (*La suite à un prochain numéro.*)

Mémoire sur deux cas nouveaux de sclérême (chorionitis, sclérodermie, *etc.*) *observés dans la seconde enfance et dans l'âge adulte;* par le docteur Rilliet, médecin de l'hôpital de Genève.

(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

Depuis quelque temps l'attention de nos lecteurs a été attirée sur une maladie fort singulière, qui comptera bientôt autant de noms que la science possède d'observations au service de ceux qui veulent écrire son histoire. C'est l'*endurcissement du tissu cellulaire chez les adultes* du docteur Strambio; — le *sclérème* de M. Thirial; — le *chorionitis* ou *la sclérosténose* de M. Forget; — la *sclérodermie* de M. Gintrac. Je n'ai point la prétention d'accroître cette riche nomenclature, et encore moins, comme le savant professeur de Strasbourg, celle de publier un traité *ex professo* qui embrasse, dans autant de chapitres, sa définition, son siége, ses caractères anatomiques, ses symptômes, sa marche, sa durée, sa terminaison, son étiologie, sa nature, son traitement et sa classification. Mon rôle est plus modeste : je laisse, comme le disait Stoll, à celui qui veut construire l'édifice, le soin de s'occuper d'un ordre et d'une distribution ; quant à moi qui ne suis qu'au service de l'architecte, je crois avoir rempli ma tâche si j'ai placé çà et là quelques matériaux dont il puisse faire usage.

Quoique la date de l'introduction de cette nouvelle espèce dans le cadre nosologique soit récente, quelques-uns des auteurs, dont nous avons cité les noms, ont élevé des prétentions sur la priorité de la découverte. D'après M. Gintrac, l'honneur n'en reviendrait ni à M. Thirial, ni à M. Forget, mais bien au docteur Curzio, médecin de l'hôpital des Incurables à Naples, qui, en 1752, a publié la première observation détaillée sur cette curieuse maladie. Ce fait, dont j'ai lu avec soin les détails, offre la plus grande analogie avec ceux rapportés par M. Thirial ; tandis qu'une observation du docteur Strambio, de Milan, publiée en 1817, et dont j'ai trouvé la relation dans les *Annales cliniques de Montpellier*, ressemblerait plus à celle de M. Forget. — Du temps d'Underwood, 1736, on connaissait déjà le sclérême des adultes ; car ce médecin, après avoir décrit brièvement l'endurcissement

des nouveaux-nés, ajoute : « Les anciens ont décrit une affection assez analogue sous le nom de *stegnose* ou de *resserrement de la peau*, mais il paraît qu'ils n'ont considéré cette maladie que dans les adultes, et souvent comme un effet du froid » (1re édit., p. 117).

Aux observations détaillées parvenues à ma connaissance, je puis en joindre deux que j'ai recueillies à Genève. La première a de grands rapports avec celles de Curzio et de M. Thirial; mais j'aurai à signaler des particularités qui n'ont été mentionnées dans aucun des faits publiés jusqu'à ce jour (1).

Obs. I. — Un de mes confrères, le docteur Pelissier, me pria d'examiner avec lui un enfant, dont la maladie offrait des caractères tout à fait bizarres. Il avait été appelé, le 7 juillet 1846, auprès d'une jeune fille de neuf ans, qui s'était plainte subitement d'une violente douleur à l'épigastre, accompagnée de palpitations très-intenses. Le pouls passait 180. Elle n'avait pas vomi. En palpant le ventre, M. Pelissier fut fort étonné de constater que toute la région épigastrique était dure, rénitente, mate, formant comme une plaque solide enchâssée dans les parois molles de l'abdomen. Le lendemain, cette induration avait envahi toutes les parties du corps. Son siége était évidemment la peau et le tissu cellulaire, et non les muscles ou les articulations, car l'enfant exécutait librement tous ses mouvements. En même temps, la peau avait pâli, sa température s'était manifestement abaissée, en sorte que, si la sensibilité n'eût pas été conservée, le corps de cette enfant aurait ressemblé à celui d'un cadavre congelé. La langue participait aussi à cet état d'induration. Elle était notablement épaissie. Sauf l'accélération du pouls qui était considérable et qui s'est maintenue au même degré pendant huit jours, il n'y avait pas de dérangement fonctionnel. Les urines en particulier ne contenaient pas d'albumine.

M. Pelissier ajouta que l'induration avait persisté générale pendant huit à dix jours, puis diminué partiellement, et qu'en même temps il avait constaté une légère ascite. La diminution du sclérème avait commencé par les jambes, qui étaient les moins prises. Il n'y avait pas eu de transpiration, sauf un peu de moiteur visqueuse à la face.

Le 25 juillet, lorsque j'examinai la malade, je la trouvai dans l'état suivant : — La figure est un peu bouffie, sans enflure des

(1) Je rappellerai ici qu'en 1843 nous avons, M. Barthez et moi, rapporté deux exemples d'endurcissement du tissu cellulaire chez des enfants qui avaient passé l'âge de la première dentition. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. Ier, p. 739.

paupières ; les lèvres sont peu mobiles ; les membres ont perdu leur roideur ; l'abdomen est bombé dans la région épigastrique, cette saillie est très-appréciable à l'œil : l'induration est encore manifeste en différents points du corps, en particulier au menton, à la nuque, au niveau des grands pectoraux, aux avant-bras; à l'abdomen elle correspond à la saillie extérieure, et s'étend d'un hypochondre à l'autre avec un bord festonné qui passe au-dessus de l'ombilic.

Partout cette induration offre les mêmes caractères, c'est-à-dire, que la peau est tendue sans qu'il soit possible de faire un pli à sa surface. Le doigt ne laisse aucune impression comme dans l'œdème, la consistance des téguments et de leur doublure me rappelle tout à fait celle que j'ai si souvent perçue en palpant les membres du cadavre d'un enfant, oublié en hiver sur la table de l'amphithéâtre de la rue de Sèvres; seulement la peau avait repris sa température, tandis que, pendant les huit premiers jours, elle était complétement froide. La différence entre les parties indurées, et celles qui ne le sont pas, est surtout très-sensible à l'abdomen, où l'on constate à côté du tissu dur des parois souples. La langue continue à être volumineuse, elle est très-dure, couverte d'un enduit assez épais, et un peu rouge à la pointe. L'enfant ne peut lui faire dépasser les arcades dentaires.

On sent dans la moitié inférieure du ventre une fluctuation obscure. Dans la poitrine, en arrière à droite, je constate les signes d'un épanchement pleurétique qui remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. En ces points la respiration est faible, il y a de l'égophonie et de la matité. — Le péricarde est aussi le siége d'un épanchement. Les battements du cœur sont tumultueux, mais sans bruit anormal, et bien qu'ils ne soient pas très-éloignés de l'oreille, on n'entend pas la respiration à la région précordiale, dont la matité est augmentée. Le pouls est petit, un peu inégal, 108 à 112. La respiration n'est point accélérée. Il n'y a pas de toux ni de douleur thoracique. L'appétit est peu prononcé, mais la déglutition est facile. Les évacuations sont régulières. Les forces sont médiocres, cependant la petite malade commence à se lever. Elle peut même faire quelques pas, ses mouvements sont et ont toujours été entièrement libres.

Le 1er août. L'amélioration continue, cependant l'induration est encore notable à la nuque et aux pectoraux ; la plaque épigastrique persiste, la peau des avant-bras est toujours tendue, mais on peut faire un pli. L'épanchement a presque entièrement disparu ; je ne trouve plus d'ascite. La langue est encore dure. L'enfant se lève et marche, mais elle n'est pas encore sortie.

Le 5 septembre. L'amélioration a été progressivement en augmentant. La plaque épigastrique a disparu, mais aux bras, aux pectoraux, aux pommettes, et surtout à la nuque, l'induration est encore assez marquée, quoique moindre que précédemment. L'ascite a reparu.

L'épanchement existe aussi, mais peu prononcé dans le tiers inférieur du côté droit. La jeune malade ne dort pas très-bien, elle a surtout beaucoup de palpitations; il y a une forte impulsion à la région du cœur. Les deux bruits sont assez intenses, sans souffle. La matité est assez étendue.

Depuis le 5 septembre, la convalescence a continué à faire des progrès. Au milieu d'octobre, l'enfant est partie pour la campagne, d'où elle n'est revenue qu'au mois de mai 1847. Ses parents m'ont appris que l'induration n'avait complétement disparu qu'au mois de décembre. Lorsque je l'ai revue le 15 juin 1847, elle était parfaitement bien portante, toute trace d'épanchement et d'induration avait disparu.

Cette observation offre, comme je l'ai dit plus haut, une grande analogie avec les faits rapportés par Curzio et M. Thirial; nous nous sommes presque servi des mêmes termes et des mêmes comparaisons; cependant elle en diffère à plusieurs égards:

1° *Par les symptômes qui ont marqué le début.* — La violente douleur à l'épigastre coïncidant avec l'induration de cette région, et accompagnée de palpitations intenses, n'a été notée par aucun auteur. L'abaissement de la température du corps, à une époque aussi rapprochée du début, et la persistance du froid pendant plusieurs jours, sont aussi des faits exceptionnels; cependant le refroidissement de la peau a été mentionné dans l'observation de M. Curzio. Chez la jeune fille de 17 ans qui en est le sujet, il est dit: « La peau était moins chaude que dans l'état naturel; » mais il n'est pas fait mention de l'époque d'apparition de ce symptôme et de sa durée.

2° *De la rapidité de la marche.* — Dans tous les faits connus jusqu'ici, la maladie a cheminé avec une certaine et souvent avec une grande lenteur, tandis que, chez cette jeune fille, elle a suivi dans sa première phase une marche aiguë. En quarante-huit heures, l'induration avait envahi la presque totalité du corps, et au bout de huit jours, elle avait déjà diminué en plusieurs points. Plus tard, la marche de la maladie a été beaucoup plus lente, sa durée totale peut être estimée à cinq mois environ.

3° *Par la nature des complications.* Nulle part il n'est fait mention d'épanchements dans les membranes séreuses; les auteurs ont fait observer, au contraire, que cette affection ne gênait en

rien le jeu des principales fonctions. Chez ma malade, il s'est fait une effusion de sérosité dans l'abdomen, la poitrine et le péricarde; le premier de ces épanchements a coïncidé avec la diminution de l'induration cutanée.

Désireux de remonter aux causes du sclérème, j'ai étudié avec soin les antécédents de ma jeune malade. Ses parents m'ont appris que, depuis le mois d'avril 1846, elle avait perdu l'appétit et maigri; ses digestions s'étaient dérangées, son caractère avait changé, elle était devenue triste et capricieuse, de gaie et docile qu'elle était auparavant. — Un mois environ avant le début de sa maladie, elle avait eu pendant deux ou trois jours un violent mal de gorge accompagné de fièvre. A cette époque, elle ne fut pas examinée par un médecin, mais les personnes qui l'entouraient ne s'aperçurent d'aucune éruption, et elle n'eut pas de desquamation ultérieure. Cinq jours avant le début, on avait frotté son visage avec du suc d'euphorbe pour faire disparaître des taches de rousseur; il en était résulté une rougeur assez vive, mais passagère. A peu près à la même époque, elle s'était plainte d'un peu de roideur dans le cou, mais ce symptôme avait à peine attiré l'attention, tant il était léger, lorsque la maladie éclata telle que je l'ai décrite.

Il ne ressort de cet examen autre chose que le fait d'un état maladif mal caractérisé antérieur au début. J'avais d'abord pensé que le mal de gorge était peut-être le symptôme d'une scarlatine sans éruption, mais son peu de durée et l'absence de desquamation consécutive m'ont fait repousser cette idée. Je n'ai pas trouvé non plus dans la saison, la santé, les habitudes hygiéniques antérieures et l'hérédité, de cause qui pût rendre compte de la maladie. Cette jeune fille appartient à une famille de marchands aisés, elle a toujours été bien nourrie et bien vêtue; son habitation, soit à la ville soit à la campagne, est convenablement sèche. Elle est née forte et s'est régulièrement développée. Sa mère l'a nourrie jusqu'à onze mois. La seule maladie de l'enfance, dont elle ait été atteinte, est la rougeole qu'elle a contractée à l'âge de deux ans, et qui fut suivie d'une inflammation des parties génitales. Elle ne présente aucun des attributs de la constitution scrofuleuse, et n'a jamais eu ni éruption cutanée chronique, ni abcès, ni glandes engorgées. Ses deux frères sont bien portants, sa mère est robuste; son père, qui tousse depuis plus de quatre ans, est assez fortement enroué.

L'influence du traitement ne m'a pas paru plus claire que l'étiologie.

La médication a consisté : au début, le 7 juillet, dans une

application de sangsues, et dans l'administration de 60 centigr. de calomel. Du 8 au 23, dans l'emploi des préparations diurétiques (nitrate de potasse 1 gramme, et digitale 10 centigr.) et sudorifiques, (poudres de James et de Dower, de chacune 30 centigr., esprit de Mindererus 16 grammes.)

Le 9 juillet on a appliqué un vésicatoire à la nuque. — Du 23 au 27 juillet, on a fait des frictions mercurielles et digitalées. — Du 29 au 1er août, on est revenu aux diurétiques (chlorate de potasse, 1 gramme et demi par jour, qui a provoqué des urines abondantes et claires). — Du 1er août au 5 septembre, on a continué le chlorate de potasse et commencé des bains alcalins, composés avec 90 grammes de carbonate de potasse. — Depuis lors, la jeune malade a pris la teinture d'aconit et de digitale à la dose de 12 gouttes par jour. Enfin, quand elle est partie pour la campagne, on l'a mise à l'usage de l'huile de foie de morue.

Il est bien difficile de conclure quel a été celui des agents thérapeutiques qui a le plus contribué à la guérison, et même de dire si aucun d'eux a eu une grande part dans l'heureuse terminaison de la maladie. L'émission sanguine et le calomel ont assez rapidement enlevé la douleur; quant aux sudorifiques, ils n'ont pas produit le résultat pour lequel ils étaient administrés; car les sueurs ont été presque nulles. Les diurétiques, et en particulier le chlorate de potasse, ont rendu les urines plus claires, sans empêcher cependant l'ascite de reparaître.

Ce qui nous fait douter de l'influence de la médication, c'est que la durée de la maladie a été à peu près la même que celle mentionnée par Curzio et le docteur Thirial, bien que les méthodes de traitement aient été fort différentes.

L'issue du sclérème a été favorable chez notre malade; il en a été de même dans tous les faits rapportés par les auteurs : aussi ses caractères anatomiques dans l'âge adulte ne nous ont-ils été indiqués par aucun d'eux, ce qui n'a pas empêché de faire beaucoup d'hypothèses sur son siége et sa nature. Si je m'en rapportais à mes seules sensations, je serais disposé à admettre que, chez ma malade, l'induration siégeait à la fois dans le pannicule graisseux et dans l'enveloppe cutanée. En palpant les parties indurées, le toucher démontrait, plus clairement que les mots ne peuvent l'exprimer, que la dureté était autant sous-jacente à la peau, qu'elle n'était inhérente à ce tissu.

Je serais donc porté à croire que la lésion consiste dans une induration du derme et du pannicule graisseux, cette dernière résultant, soit de la coagulation de la graisse qui se serait rapidement figée, comme cela arrive dans la maladie des nouveau-

nés décrite sous le nom d'endurcissement du tissu adipeux, soit peut-être d'un état de congestion de ce tissu avec épaississement des cloisons qui séparent les lobules. Cette dernière hypothèse trouve un appui dans l'observation que nous avons publiée, M. Barthez et moi, d'un enfant de deux ans qui offrait les symptômes d'un endurcissement du tissu cellulaire. Nous notâmes dans ces cas les caractères anatomiques suivants : « Le tissu cellulaire de l'avant-bras, épais dans plusieurs endroits de huit millimètres, est dur et résistant au scalpel ; il est formé de lobules graisseux parfaitement distincts et séparés les uns des autres par des cloisons fibreuses et épaisses dans quelques points, plus minces dans d'autres. Le tissu graisseux lui-même est rouge et résistant, et laisse couler à la coupe quelques gouttelettes de sérosité. Aux jambes la dureté est un peu moindre et le tissu plus pâle ; il a du reste le même aspect ; aux cuisses, où l'on avait observé une légère diminution sur la fin de la vie, on retrouve le même tissu, mais encore plus pâle et moins épais. »

La maladie des nouveau-nés, décrite par Billard et par M. Valleix sous le nom d'endurcissement adipeux, paraît aussi, sous le rapport des signes physiques, offrir une assez grande analogie avec celui de ma jeune fille. « Dans les cas de cette espèce, dit M. Valleix (1), la peau est blanche ou jaunâtre, elle n'est pas mobile sur la couche sous-jacente ; on ne peut pas la pincer facilement ; à l'incision, le derme est consistant, le pannicule graisseux très-dense, sa couleur est d'un blanc mat, il n'en sort aucun suc. » — D'après Billard : « le tissu adipeux, dans les cas de cette espèce, est ferme, dur comme du suif nouvellement figé. Il offre, en un mot, la consistance de la graisse des animaux immolés dans nos boucheries (2). » Cette comparaison est, de toutes les autres, celle qui peut le mieux rendre la sensation que j'ai éprouvée en appuyant fortement la pulpe du doigt sur la région pectorale de ma jeune malade.

Billard et Valleix regardent cet endurcissement adipeux comme un phénomène de l'agonie, quelquefois même comme postérieur à la mort ; ils en font une maladie complétement distincte de celle décrite sous le nom de sclérème des nouveau-nés, qui, d'après eux, est un véritable œdème. Cette dernière opinion me paraît la plus probable, et les détails anatomiques et symptomatiques dans lesquels est entré l'auteur de la Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, dont chacun connaît le talent d'observation et la rigoureuse exactitude, ont plus de valeur à

(1) *Clinique des maladies des enfants*, p. 644.

(2) Billard, *Traité des maladies des enfants*, p. 181.

mes yeux que l'argumentation de M. Thirial. Mais ce point une fois accordé, Billard et M. Valleix me paraissent trop exclusifs en affirmant que, dans aucun cas, l'endurcissement adipeux ne peut être la lésion anatomique d'une maladie régulière et bien déterminée.

Une dernière remarque avant de terminer. Chez les sujets des observations de Curzio et Thirial, et chez ma jeune fille, la peau n'a été le siége d'aucune éruption, et, sauf la pâleur, sa coloration était normale. Il en est de même dans l'endurcissement adipeux des nouveau-nés. Les docteurs Strambio, Fantonnetti, Forget et Putégnat ont noté, au contraire, chez tous leurs malades, une coloration variable de l'enveloppe tégumentaire qui était rouge, brune, ou rouge-brun, ce qui la faisait ressembler à ce que serait la peau dans une scarlatine ou dans un érythème chronique (Strambio, Grisolles), ou bien à de la vieille basane (Putégnat) ou bien encore à la peau tannée et comme momifiée des têtes desséchées que les voyageurs rapportent des pays méridionaux (Forget). Cette différence dans la teinte des téguments établit-elle une différence fondamentale dans la maladie des sujets des deux groupes? Nous ne le pensons pas; car, sauf la coloration, la plupart des autres caractères pathologiques sont les mêmes.

L'ancienneté de la maladie et l'âge des sujets peuvent peut-être rendre un compte satisfaisant de cette variété symptomatique. En effet, en comparant les deux séries sous le rapport de l'âge, on peut s'assurer que les chiffres sont très-différents; ainsi les malades de la première série sont âgés de 9, 15, 17, 21 ans, et ceux de la seconde de 30, 33, 48, 50, 65 ans.

Cette observation était rédigée lorsque j'ai eu occasion de voir un second sujet atteint de sclérème; il n'est pas sans intérêt de comparer ce fait au précédent. La maladie étant encore dans sa période d'augment, cette nouvelle observation est nécessairement inachevée; j'espère pouvoir la compléter plus tard.

Obs. II.—La nommée X., âgée de 28 ans, est entrée à l'hôpital pour y être traitée d'une maladie de la peau qui dure depuis environ neuf mois. Cette affection a été précédée pendant cinq mois par du malaise, de la lassitude et de l'anorexie, sans autre dérangement apparent des fonctions. Le premier symptôme de sclérème a été une douleur crampoïde occupant le bord cubital de l'avant-bras droit; peu après, il est survenu de la roideur et de la gêne dans les mouvements. La malade n'a pas pu se livrer, comme d'habitude, à ses occupations de couture: après une demi-heure, elle était obligée de s'arrêter, la sensation cram-

poïde augmentant d'intensité. Au bout de deux mois, les mouvements de l'avant-bras sont devenus pénibles, il ne lui a plus été possible de se coiffer elle-même. C'est seulement alors, qu'ayant eu la curiosité d'examiner sa peau, elle la trouva un peu dure et parsemée de taches blanches et rouges.

A partir de cette époque, la difficulté des mouvements a été graduellement en augmentant; l'induration de la peau s'est de plus en plus caractérisée, et a atteint jusqu'au tiers supérieur du bras. Au bras gauche, la maladie a suivi exactement la même marche que du côté droit. Pendant ces neuf mois, la santé générale a été très-bonne, l'appétit s'était rétabli, les évacuations étaient naturelles, les époques normales, la respiration libre.

Lorsque j'ai examiné la malade, le 30 décembre 1847, elle offrait tous les symptômes du sclérème le mieux caractérisé.

L'induration a envahi la main, l'avant-bras et les deux tiers inférieurs du bras.

Les doigts sont roides, légèrement fléchis, leurs mouvements sont très-limités, soit dans la flexion, soit dans l'extension; on ne peut pas pincer la peau, et c'est avec peine que l'on imprime un mouvement d'ensemble aux parties molles, elles paraissent adhérentes aux os; la sensation que l'on éprouve est semblable à celle que l'on perçoit quand on cherche à saisir les téguments du dos des doigts, en même temps que l'on exerce une sorte de traction sur la peau de la face palmaire, ou, mieux encore, à la consistance des doigts enfermés dans un gant trop juste. La paume de la main a conservé sa souplesse; aussi la flexion des articulations métacarpo-phalangiennes est-elle plus facile et plus complète que celle des articulations phalangiennes. Au niveau des articulations des premières phalanges, la peau a une teinte violette; sur le petit doigt, il existe une légère croûte, résultat probable d'une érosion superficielle qui aura succédé aux mouvements que la malade a cherché à imprimer aux parties indurées.

L'avant-bras offre la même sensation de dureté, comme s'il était comprimé dans un gantelet trop étroit de peau un peu roide; ses mouvements sont limités dans l'extension, l'avant-bras faisant avec le bras un angle très-obtus. Les mouvements de flexion sont faciles et complets. Quand on place le bras dans l'extensiou forcée, la peau du pli du coude forme une corde tendue, dure, de même consistance que le reste des téguments de l'avant-bras; dans la flexion, cette portion de la peau est, au contraire, parfaitement souple, et ne paraît pas plus épaisse que la peau saine. Les mouvements de supination sont très-limités:

la malade peut présenter de champ le bord radial de la main, mais il serait impossible de le placer horizontalement. L'articulation du coude n'est le siége d'aucune lésion.

Au bras, la consistance des parties molles est la même qu'ailleurs. Dans le point où l'induration cesse, on aperçoit un léger étranglement circulaire; mais, en palpant l'épaule elle-même, on sent que sa consistance n'est pas tout à fait normale; la dureté paraît plus sous-jacente qu'elle n'est inhérente à la peau. Les ganglions axillaires ne sont point tuméfiés.

La peau malade n'offre aucune coloration spéciale; cependant, celle de l'avant-bras n'a pas évidemment la blancheur des autres parties du corps; au niveau des plis de flexion du coude, seulement, elle est rouge-brun. La circulation capillaire des parties indurées est très-riche. En comprimant fortement le milieu de l'avant-bras, on fait très-aisément rougir, soit les points sous-jacents, soit celui sur lequel la pression s'est exercée; mais il est impossible de faire saillir les veines du pli du coude, on ne les sent ni on ne les voit. L'épiderme est intact; l'application d'un vésicatoire de cinq centimètres de long, sur l'avant-bras droit, a fait lever rapidement une bulle volumineuse; le liquide qui s'en est écoulé était transparent, et contenait une énorme quantité d'albumine. Le derme était d'un rouge assez vif; cette rougeur s'étendait à quelques millimètres au delà de la périphérie du vésicatoire. L'épiderme n'a point été enlevé; cependant, au bout de cinq à six jours, quand il s'est détaché, le derme était d'un rouge assez vif, douloureux, et, dans trois ou quatre points, il existait de petites ulcérations étoilées ou serpigineuses à fond grisâtre, d'un demi-millimètre de profondeur. Dans ces points, la peau avait l'aspect d'une syphilide ulcéreuse commençante. Ces petits ulcères sont en voie de cicatrisation. J'ai eu quelque peine à enfoncer une aiguille dans la peau malade; cependant elle y a pénétré, et la piqûre a fait jaillir une petite gouttelette de sang.

La sensibilité est conservée, mais elle est moins vive que dans les parties saines. La piqûre de l'aiguille, l'application d'un corps froid ou d'un corps chaud sont perçues d'une manière plus obtuse à l'avant-bras qu'ailleurs. La différence est notable, sans être cependant très-considérable. La température est normale. Le doigt ne laisse aucune empreinte comme dans l'œdème.

Les extrémités supérieures sont les seules parties malades, mais je ne serais pas étonné que la face ne tardât pas à le devenir. Bien que la peau de cette région soit souple, évidemment, elle est plus lisse et paraît plus tendue qu'elle ne devrait l'être;

les plis du visage sont moins bien accusés. Toutefois, la malade ne sent aucune roideur et peut facilement mouvoir les parties molles de la face; elle rit aisément et exécute sans efforts tous les mouvements de la mâchoire. La langue est naturelle, sans épaississement. Toutes les dépendances de la peau sont à l'état normal; les cheveux sont abondants et d'un beau noir; les cils, les sourcils bien fournis, les ongles naturels. Les parties malades seules ont maigri. La santé générale est parfaite; j'ai exploré tous les organes et toutes les fonctions, sans pouvoir rien saisir d'anormal.

Voici quelques détails sur les antécédents de cette malade. Cette femme est née de parents qui sont morts à trente et trente-cinq ans, d'une maladie dont elle ignore la nature. Elle a une sœur, âgée de 33 ans, dont la santé est parfaite; elle-même a toujours été bien portante. Une scarlatine bénigne est la seule maladie de l'enfance dont elle ait été atteinte; elle ne se souvient pas d'avoir jamais eu ni maladie cutanée chronique, ni glandes engorgées, ni abcès, ni affection syphilitique primitive ou secondaire. Les époques ont paru pour la première fois à l'âge de quinze ans; elles ont toujours été régulières, mais peu abondantes. Leur durée était de trois jours; le sang était bien coloré. A dix-sept ans, elle s'est mariée; à dix-neuf, elle est accouchée de son premier né; depuis lors, elle a eu trois enfants, et a fait deux fausses couches, provoquées par des émotions morales. Pendant près de onze ans, elle a éprouvé presque chaque jour des sévices qui, par leur répétition, avaient déterminé cette lassitude générale, cet état de malaise dont j'ai parlé plus haut, et qui n'ont peut-être pas été étrangers à la production de la maladie elle-même. Son mari, habituellement ivre, la frappait de coups de bâton; souvent aussi, il la saisissait par les avant-bras, qu'il serrait avec une telle violence, que la douleur durait pendant plusieurs heures, et laissait après elle un sentiment d'engourdissement fort pénible. Les circonstances hygiéniques, dans lesquelles s'est trouvée la femme X., n'ont pas été défavorables. Elle a toujours été bien nourrie et bien vêtue; quand elle a allaité son dernier enfant, pendant l'hiver de 1843, elle lavait tous les soirs son linge à l'eau froide; mais le refroidissement ne paraît pas avoir exercé une grande influence sur l'apparition de la maladie, puisqu'elle ne s'est déclarée que quatre ans plus tard.

Jusqu'ici, le seul traitement qu'elle ait suivi a consisté dans quelques bains tièdes, qui n'ont produit aucun bon effet, et dans l'emploi d'une infusion froide de seize grammes de salsepareille.

Cette dernière médication a été commencée il y a un mois.

La maladie de la femme X. diffère en plusieurs points de celle de la jeune P. ; mais ces différences ne sont pas assez grandes pour en faire deux espèces distinctes ; je ne vois, dans ces deux faits, que la forme aiguë et la forme chronique d'une même affection, la lésion fondamentale, l'induration, existant dans l'un et l'autre cas. Le sclérème de la jeune P. a paru, il est vrai, autant sous-cutané que cutané, tandis que, chez la femme X., il n'en a pas été tout à fait de même. Cependant, chez cette dernière, là où l'induration était à son début, sur l'épaule, par exemple, elle paraissait appartenir à la fois à la peau et aux couches sous-jacentes ; et, d'un autre côté, en fléchissant le membre, on trouvait la peau du pli du bras parfaitement souple, et ne différant pas notablement de la peau saine. Ne pourrait-on pas inférer, de ces deux circonstances rapprochées de l'amaigrissement du membre, que la maladie peut bien avoir eu son point de départ dans une lésion du tissu cellulaire et adipeux sous-cutané, et que la rétraction de la peau n'a été que consécutive.

J'ai, en vain, cherché les causes de la maladie de la jeune P. ; chez la femme X., on peut invoquer, comme cause déterminante, les violences que son mari exerçait sur elle ; mais, à côté de cette cause locale, il en a existé une autre qui nous échappe. J'avais pensé à une syphilis constitutionnelle, en voyant l'aspect ulcéreux de la peau sous le vésicatoire ; mais cette femme m'a affirmé, à plusieurs reprises, qu'elle n'avait jamais éprouvé le moindre symptôme du côté des parties génitales. Ses réponses ont toujours été franches, et je n'ai aucune raison de douter de sa véracité.

La marche de la maladie a été bien différente dans nos deux observations : au bout de cinq mois, la première malade était guérie, tandis que la seconde souffre depuis neuf mois, et que la lésion ne fait que s'accroître. J'aurai peut-être, un jour, l'occasion de faire quelques nouvelles remarques sur cette curieuse affection, et je m'empresserai de les communiquer.

Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire; par L. Gosselin, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.

(Archives générales de Médecine, janvier 1848.)

Les organes génitaux, dans les deux sexes, se font remarquer par une tendance à la formation de collections liquides, désignées sous le nom de *kystes* ou *tumeurs enkystées*. On a, depuis longtemps, étudié d'une manière assez complète ces productions dans l'ovaire et la trompe utérine ; les kystes de l'utérus, un peu négligés par les auteurs, ont fait tout dernièrement le sujet d'un travail important, publié par M. Huguier dans les *Mémoires de la Société de chirurgie ;* ceux du vagin ont été l'occasion de quelques publications intéressantes, par MM. Récamier, Lisfanc, Sanson, etc.

Chez l'homme, les kystes des organes génitaux sont moins bien connus ; je ne parle pas de ceux qui apparaissent sur le trajet du cordon spermatique. Ceux-là, sous le titre d'*hydrocèles enkystées du cordon*, sont décrits par tous les auteurs de pathologie ; mais il n'en est pas de même de ceux qui se développent sur l'épididyme ou le testicule ; ceux-là, à part quelques faits de détails souvent mal interprétés, sont peu connus et décrits fort incomplétement. Ces kystes ont été de ma part l'objet de recherches longues et attentives, dont il me paraît utile de faire connaître les résultats.

J'établirai de suite deux grandes variétés, d'après le volume que les kystes de l'épididyme et du testicule peuvent acquérir, et je les appellerai tout simplement *petits* et *grands*, sans chercher cependant à établir la limite précise qui les sépare les uns des autres. Cette distinction est importante au point de vue clinique, les grands kystes donnant lieu à certaines difficultés pour le diagnostic et le traitement, les petits, au contraire, ne fournissant que peu d'applications à la pathologie et intéressant plutôt l'anatomiste et le physiologiste. Il y a d'ailleurs entre eux cette différence de nature que les petits ne contiennent pas de spermatozoaires et ne paraissent avoir aucun rapport avec les voies spermatiques, tandis que les grands renferment souvent des spermatozoaires et ont certainement leur point de départ dans quelque altération des conduits séminaux.

1° *Des petits kystes.* — Il est très-commun de rencontrer à la surface du testicule et surtout de l'épididyme de petites saillies arrondies, grosses comme une tête d'épingle, un grain de millet

ou un pois. Ces saillies sont formées par une poche dans laquelle se trouve un liquide. Examinons successivement leur siége, et tout ce qui est relatif à leur conformation extérieure et intérieure.

Siége et conformation extérieure. — Leur siége de prédilection est la face convexe et l'extrémité libre de la tête de l'épididyme. Dans le premier de ces points, le kyste se voit à la surface de l'organe, et tranche par sa couleur opaline ou sa transparence avec la couleur jaune ou grise de l'épididyme. Dans le second point, le kyste se reconnaît encore à sa couleur, et se présente comme une continuation de la tête.

Quelquefois on trouve un seul de ces petits kystes; mais il n'est pas rare d'en trouver deux ou trois disséminés sur la tête de l'épididyme, et toujours à la surface convexe de cet organe.

Ordinairement ils sont sessiles et à base assez large; mais parfois on les trouve unis à la substance de l'épididyme par un pédicule mince et grêle; deux fois j'ai vu ce pédicule aminci, comme éraillé et prêt à se déchirer au niveau de son insertion.

Mais la surface convexe et libre de la tête de l'épididyme, bien que présentant souvent ces petits kystes, n'est cependant pas le seul point où ils se rencontrent. J'en ai vu assez souvent sur le milieu ou près de la queue de l'épididyme, et dans ces cas, ils sont, en général, plus rapprochés du bord externe que du bord interne. J'en ai vu quatre fois sur le milieu de la face inférieure de l'épididyme; alors j'étais averti de leur présence par le toucher et la sensation d'un corps dur. Il m'est arrivé de croire que ce corps dur était une tumeur solide, une concrétion; puis, en disséquant la petite tumeur, je trouvais un contenu liquide et une enveloppe dont la réplétion et l'épaisseur avaient pu me donner, en effet, l'idée d'un corps solide.

Je n'ai pu jusqu'à présent rencontrer de ces kystes dans l'épaisseur même de la substance de l'épididyme; tous ceux que j'ai vus occupaient, ainsi que je l'ai dit, la surface de ce corps.

D'autres fois, c'est au niveau du testicule et sur la tunique albuginée que le kyste se rencontre. Il est alors plus petit et plus transparent, se trouve indifféremment à la face externe et à la face interne, mais en général, plus près du bord supérieur que de l'inférieur. Les petits kystes se développent souvent encore sur un point particulier que j'appellerai l'*appendice testiculaire*; mais comme il s'agit là d'une chose fort peu décrite en anatomie, j'ai cru nécessaire d'en parler dans un paragraphe spécial qui précédera l'étude des grands kystes.

J'ai cherché à déterminer d'une manière précise les rapports

de ces petits kystes avec les enveloppes normales. Pour le testicule, la chose est toute simple ; ils se trouvent entre la séreuse et l'albuginée ; pour l'épididyme, cette détermination est un peu plus difficile, parce que la séreuse et la tunique propre sont unies si étroitement, qu'on a de la peine à les séparer l'une de l'autre avec le scalpel, et par conséquent à s'assurer si la production est entre elles ou bien au-dessous de la tunique propre. Cependant, avec du soin, on peut y parvenir, et voici ce que j'ai constaté : en séparant les deux membranes à une certaine distance du kyste, j'enlevais avec la séreuse la poche tout entière sans l'ouvrir ; alors je voyais à sa place, sur l'épididyme, une sorte de dépression ou fossette dans laquelle la substance de ce corps n'était point à nu, mais était toujours recouverte par la membrane propre non entamée. J'ai si souvent répété cette préparation avec le même résultat, que j'avance positivement que ces petites productions accidentelles se forment sur l'épididyme, comme sur le testicule, entre la séreuse et la tunique propre, et n'ont par conséquent pas de connexion immédiate avec la substance séminale.

Cette opinion s'appuie d'ailleurs sur un autre fait, c'est que je n'ai jamais rencontré de ces kystes dans l'épaisseur même de l'épididyme ; j'ai coupé dans tous les sens un grand nombre de testicules, et tous les kystes dont j'ai pu constater la présence étaient superficiels.

Il est un point cependant où la chose n'est plus aussi évidente, c'est la partie inférieure de la tête de l'épididyme, là où se trouvent les vaisseaux efférents. Dans cette région, la membrane propre à l'épididyme est extrêmement mince, et il est fort difficile de déterminer positivement si elle est au-dessus ou bien au-dessous du kyste. Là encore cependant la production accidentelle ne va pas dans l'épaisseur même de l'organe.

Je pense, en un mot, que des kystes superficiels, de la nature de ceux dont il a été question jusqu'à présent, se développent souvent dans ce point ; mais là il peut s'en former d'autres, qui ont des rapports avec les conduits spermatiques, et qui sont l'origine des grands kystes dont je m'occuperai plus loin. Je puis donc laisser de côté pour le moment cette partie de la question.

Structure. — Après avoir passé en revue ce qui est relatif à la forme, à l'aspect extérieur et à la position des petits kystes, j'arrive à l'examen de leur composition intime, autrement dit de leur *structure.* Il faut distinguer ici, comme on le fait pour toute production du même genre, une partie contenante et une partie contenue.

La partie contenante, ou l'enveloppe du kyste, est formée de

toutes parts, et, surtout pour ceux de l'épididyme, ne communique jamais avec la substance séminifère de cet organe. Ce fait résulte déjà de ce que je disais tout à l'heure de la position du kyste au-dessous du feuillet séreux ; mais je puis ajouter que les injections viennent encore le démontrer ; il m'est arrivé très-souvent de remplir soit de mercure, soit d'essence de térébenthine, des épididymes sur lesquels se trouvaient de petits kystes ; or, jamais je n'ai vu les matières à injection remplir leur cavité. Cette enveloppe, d'ailleurs, est de nature fibro-celluleuse ; elle est ordinairement assez mince, quelquefois elle est plus épaisse, et cette circonstance, jointe à la réplétion très-grande de la poche, lui donne quelquefois les apparences d'un corps solide, ainsi que je l'ai déjà dit.

J'ai encore trouvé la paroi assez épaisse sur les kystes pédiculés, et particulièrement sur ceux qui, revenus sur eux-mêmes, et contenant peu de liquide, semblaient s'être vidés depuis un certain temps.

Pour ce qui est du contenu liquide, il est parfois séreux, transparent ou jaunâtre; d'autres fois, il est plus consistant, trouble et opalin. Dans le premier cas, il n'a rien qui puisse le faire prendre pour du sperme ; je l'ai d'ailleurs examiné souvent au microscope, et je n'y ai jamais trouvé d'animalcules spermatiques. Dans le second cas, les caractères extérieurs et surtout la teinte opaline du liquide rappellent un peu les caractères du sperme, seulement il est beaucoup moins visqueux, et ressemble au liquide que l'on trouve dans certains kystes opalins du bord des paupières. Je l'ai soumis également à l'examen microscopique, et je déclare que les spermatozoaires ne s'y sont jamais rencontrés. Les éléments que j'ai trouvés le plus souvent étaient des cellules d'épithélium, tantôt cylindrique, tantôt pavimenteux, des corpuscules irréguliers et des granules moléculaires en grand nombre. Trois fois, j'ai trouvé dans ce liquide des corpuscules granuleux, c'est-à-dire des éléments plus volumineux que les corpuscules irréguliers, et semblant formés par l'agglomération de granules qui donnent au corps en question l'apparence d'une mûre; une autre fois, j'ai trouvé une grande quantité de cristaux allongés. Ce qu'il y a de frappant dans cet examen microscopique, c'est la variété et l'irrégularité des éléments trouvés chez les divers sujets, et surtout l'absence constante des animalcules spermatiques.

Pour ce dernier point, j'ai besoin de donner quelques explications; car il y a là certaines difficultés, non pour constater si le liquide renferme ou ne renferme pas des animalcules, mais

pour conclure de leur absence à la non-existence du sperme dans le contenu du kyste. En effet, mes recherches ont été faites sur les cadavres; or, souvent après la mort, on ne trouve plus d'animalcules dans le sperme lui-même, soit parce que le sujet était trop avancé en âge, soit parce qu'il avait succombé à une maladie longue, pendant laquelle la sécrétion spermatique était devenue incomplète. On voit dès lors l'objection qui se présente, relativement au liquide renfermé dans les petits kystes : si ce liquide ne contenait pas d'animalcules, c'est peut-être parce que le sperme du sujet n'en contenait pas lui-même et ne pouvait pas en contenir.

Mais je réponds de suite que, pour m'édifier complétement sur ce sujet, j'ai pris le soin d'examiner, toujours comparativement, le liquide recueilli dans le canal déférent, ou l'épididyme, et celui que me fournissaient les kystes des mêmes testicules. Il m'est arrivé souvent de ne trouver de spermatozoaires ni dans l'un, ni dans l'autre; mais alors cependant des différences assez notables. Le liquide spermatique renfermait toujours une grande quantité de ces corpuscules que les micrographes ont signalés comme lui appartenant. Le liquide des petites poches anormales contenait aussi des corpuscules, mais tout différents des précédents, et remarquables surtout par leurs irrégularités et leurs variétés.

Plusieurs fois j'ai constaté l'existence d'animalcules très-bien caractérisés et fort nombreux dans le canal déférent et l'épididyme; le contenu des kystes, au contraire, examiné à plusieurs reprises, n'en renfermait aucun.

J'ai fait cette exploration sur un testicule présentant à la queue de l'épididyme une de ces oblitérations qui ont été de ma part l'objet d'un précédent travail. Il n'y avait pas d'animalcules dans le liquide du canal déférent; il y en avait beaucoup dans celui de l'épididyme, et cependant un kyste développé sur la tête de ce dernier n'en contenait pas du tout.

Comme je tenais à m'assurer si réellement ce produit était du sperme, j'ai dû répéter mes recherches un grand nombre de fois: or, je suis arrivé si constamment à ne pas trouver de spermatozoaires dans ces petits kystes placés sur la face dorsale ou les bords de l'épididyme, et sous la séreuse du testicule lui-même, que je crois pouvoir dire : ces kystes ne contiennent pas de sperme. Je ne crains pas d'ajouter même que, si ces produits accidentels étaient formés primitivement par une gouttelette de sperme échappée de ses voies naturelles, on devrait y retrouver les animalcules, alors même que les voies séminales elles-mêmes

n'en contiennent plus. Dans ces derniers, en effet, si une longue maladie a fait disparaître les animalcules, la chose s'explique parce que l'absorption a entraîné ceux qui existaient avant cette maladie, et parce que la sécrétion spermatique, devenue insuffisante, n'en a pas produit de nouveaux. Mais, pour les kystes, les conditions ne sont plus les mêmes; il ne se fait pas dans leur intérieur une absorption semblable à celle qui a lieu dans les conduits séminaux. Le liquide qu'ils renfermaient dans le principe n'a donc point disparu; il n'a pas été refoulé par le *vis a tergo* dans un réservoir; on ne voit pas, enfin, pourquoi les animalcules n'auraient pas continué d'être, s'ils avaient existé primitivement. Et qu'on ne m'accuse pas de créer une hypothèse: si l'on veut bien lire la deuxième partie de ce travail, on y trouvera la description de grands kystes renfermant des spermatozoaires sur des sujets qui cependant n'en avaient plus dans les voies séminales.

Je dirai, pour terminer ce qui est relatif à la structure de ces kystes, que l'on voit souvent de petits vaisseaux très-fins se ramifier à leur surface.

Je voudrais pouvoir donner maintenant des renseignements positifs sur la marche ultérieure des petits kystes après leur formation; mais comme, pendant la vie, rien n'annonce leur existence, et comme probablement ils ne produisent pas d'accidents qui puissent éveiller l'attention du malade, nous sommes obligé de nous en tenir sur ce point à ce que donne l'inspection cadavérique. Il y a d'abord à noter ce fait, que les kystes s'accroissent lentement, et ne sont pas susceptibles d'acquérir un grand volume, car je ne les ai guère vus dépasser celui d'un pois. Arrivés à une certaine dimension, ils ont donc de la tendance à rester stationnaires; mais ils peuvent aussi se rompre et verser leur contenu dans la tunique vaginale. Plusieurs fois, en effet, j'ai trouvé la poche vide et revenue sur elle-même; une fois, j'ai pu apercevoir l'ouverture non encore cicatrisée; enfin, j'ai rencontré assez souvent, sur la tête de l'épididyme, de petites tumeurs pédiculées, concrètes et ne renfermant pas du tout de liquide. J'ai pensé, d'après la grande fréquences des kystes, que ces tumeurs étaient formées par une sorte d'hypertrophie de la paroi après l'évacuation de la poche. Morgagni, d'ailleurs, a signalé cette ouverture dans la tunique vaginale, et il pense que c'est là une des origines de l'hydrocèle. Il est possible, bien que je n'aie pas de fait à l'appui de cette opinion, que l'hydrocèle soit parfois, en effet, la conséquence de la rupture des petits kystes; seulement, nous ne pourrions admettre dans son entier

l'explication donnée par Morgagni. Cet auteur croit que la poche, une fois ouverte, continue à sécréter, et que le produit versé continuellement dans la tunique vaginale s'y accumule, et amène ainsi l'hydrocèle. Pour que cette manière de voir fût admissible, il faudrait que la perforation du kyste persistât et fût apercevable : or, j'ai dit que je l'avais trouvée une seule fois, et c'était dans un cas où il n'y avait pas d'hydrocèle. Je crois plutôt que l'épanchement consécutif à la rupture peut déterminer, dans la tunique vaginale, une irritation qui est suivie d'une exhalation trop abondante de liquide séreux. Je dois noter, d'ailleurs, que j'ai trouvé plusieurs fois de petites concrétions dures et très-fines mélangées au liquide du kyste : or, ces concrétions, si elles tombent dans la tunique vaginale, me paraissent devoir être une cause nouvelle et plus grande d'irritation.

Le kyste une fois ouvert, que va-t-il devenir ? Il est possible qu'il s'efface et disparaisse complétement ; mais je ne puis l'avancer avec certitude, n'ayant pas rencontré jusqu'à présent de pièce sur laquelle on vît une diminution très-grande, capable de faire croire qu'une disparition entière aurait eu lieu si le malade avait continué de vivre. Plus souvent, le kyste vidé revient sur lui-même, sa cavité s'oblitère, et il reste, ainsi que je l'ai déjà dit, une petite tumeur solide ressemblant à un polype pédiculé. J'ai rencontré cette disposition un bon nombre de fois, particulièrement sur des testicules de vieillard. J'ai vu quelques-unes de ces tumeurs avec une transformation presque cartilagineuse, et j'en ai trouvé d'autres dont le pédicule aminci semblait prêt à se déchirer. Je me suis demandé, dès lors, si les concrétions cartilagineuses, que l'on trouve libres dans la tunique vaginale, n'étaient pas quelquefois constituées par ces petits polypes formés après l'évacuation d'un kyste et détachés consécutivement. J'ai la conviction que les corps libres de la tunique vaginale, qui accompagnent certaines hydrocèles, peuvent reconnaître une autre origine dont j'aurai l'occasion de parler plus loin ; mais ce que j'ai observé, relativement aux transformations successives des kystes, me permet aussi de croire à l'interprétation que j'ai donnée tout à l'heure.

Les petits kystes dont je m'occupe ne se rencontrent pas à tous les âges, et il importe de faire remarquer que je ne les ai jamais trouvés avant l'époque de la puberté. J'ai examiné, dans ce but, un grand nombre de testicules d'enfants, depuis l'époque de la naissance jusqu'à seize ou dix-sept ans, et il ne m'a pas été donné d'en voir une seule fois. Depuis l'époque de la puberté

jusqu'à trente ou trente-cinq ans, ils peuvent se développer, mais ils sont encore assez rares, et ont habituellement un volume très-peu considérable et des parois fort minces. Au delà de quarante ans, les kystes deviennent très-communs et se rencontrent au moins sur les deux tiers des testicules que l'on observe. C'est alors aussi qu'on les trouve plus volumineux, multiples, et qu'ils ont des parois plus épaisses. Chez les vieillards, outre les kystes véritables, on voit très-souvent sur l'épididyme de ces petites tumeurs fibreuses pédiculées dont il a été question précédemment.

Je dois ajouter que la plupart de ces kystes ont été trouvés sur des épididymes et des testicules sains d'ailleurs, et que j'en ai vu quelquefois sur des testicules malades, tuberculeux ou cancéreux. Mais je n'ai pas trouvé que ces dégénérescences, non plus que les oblitérations de la queue de l'épididyme, aient favorisé d'une manière particulière leur développement. Il est, d'ailleurs, bien entendu que je ne veux pas ici parler des kystes qui accompagnent assez souvent, dans cet organe comme dans tous les autres, le cancer encéphaloïde.

Il nous reste à examiner cette question : Quelle est la nature de ces kystes ? comment se forment-ils ? Ici plusieurs opinions se présentent, et en première ligne celle de Morgagni. Cet illustre auteur, dans plusieurs de ses lettres (*de Sedibus et causis morborum*), a donné la description de testicules sur lesquels se voyaient de petites collections liquides, qu'il appelle tout simplement des *hydatides*. Depuis Morgagni, plusieurs auteurs ont signalé en passant, et sans y attacher une grande importance, les *hydatides* du testicule et de l'épididyme ; ce mot se retrouve en particulier dans les œuvres de Hunter (tome 1er), dans l'ouvrage de Lauth (*Sur la structure du testicule*), et dans la *Splanchnologie* de Huschke. Il est bon de faire ici une remarque, c'est que, Morgagni et ses successeurs ne s'étant pas expliqués sur le sens qu'ils attachaient, dans le cas présent, au mot *hydatide*, nous sommes fort embarrassé pour savoir quelle a été au juste leur manière de voir.

On sait qu'avant les travaux du XVIIIe siècle, ceux de Hartmann et Tyson en particulier, on confondait, sous cette expression d'*hydatides*, beaucoup de tumeurs très-différentes les unes des autres, et se ressemblant seulement par ce caractère qu'elles contenaient un liquide plus ou moins semblable à de l'eau. Après les auteurs que je viens de citer, et après les perfectionnements apportés dans l'étude de ce sujet par les travaux de Linné, Laennec, M. Cruveilhier et bien d'autres, on a reconnu que le carac-

tère propre aux tumeurs dites *hydatiques* était de renfermer un produit vivant, un animal au milieu du liquide. Il est arrivé, malgré cela, que de temps en temps les auteurs ont continué d'appliquer le mot *hydatique* à des produits qui ne méritaient pas ce nom, c'est-à-dire à des kystes simples, et peut-être Lauth et Huschke, en parlant des hydatides de Morgagni, n'ont-ils pas voulu comprendre l'hydatide comme elle doit l'être aujourd'hui. Pour moi, je pense que le mot hydatide ayant, dans l'état actuel de la science, une signification rigoureuse et bien déterminée, il ne faut l'employer qu'à bon escient; c'est pourquoi je dis : les kystes dont je m'occupe ne sont pas des hydatides.

En effet, le liquide n'est pas transparent comme celui des échinocoques et des acéphalocystes; et d'ailleurs, il n'y a pas cette multiplicité de poches, rapprochées les unes des autres, qui est un caractère propre à ces deux espèces d'hydatides. Quelquefois on trouve à l'œil nu une particularité qui fait penser au cysticerque; c'est quand, au milieu du liquide généralement transparent, se détache un point blanc bien distinct. On pourrait croire alors que ce point blanc est l'enveloppe propre du cysticerque; car c'est ainsi que se présentent les choses dans l'hydatide de ce nom; mais nous avons déjà une différence à l'œil nu, c'est que, dans le cysticerque véritable, le point blanc situé au milieu du liquide est fort petit et difficile à voir, tandis que, dans nos kystes, cette tache est très-facilement apercevable, et saute en quelque sorte aux yeux; mais le point important est le résultat fourni par l'examen microscopique; jamais je n'ai pu voir dans le contenu des kystes rien qui ressemblât au cysticerque; et M. Robin, qui a bien voulu m'aider de ses lumières, n'en a pas rencontré davantage. Il est arrivé le plus souvent qu'au moment où nous ouvrions la petite poche, le point blanc se mélangeait avec le reste du liquide, et lui donnait une teinte opaline uniforme; nous trouvions toujours des corpuscules irréguliers, des granules, mais jamais de ces corps pourvus à l'une de leurs extrémités d'une couronne de crochets qui constituent les cysticerques.

Une autre opinion est celle qui, assimilant ces productions à certaines tumeurs des paupières, des lèvres, aux ganglions synoviaux, les regarderait comme fournies aux dépens d'une partie de l'organisme modifiée, amplifiée, aux dépens des canaux séminifères en un mot. A. Cooper, en décrivant, sous le nom de maladie enkystée du testicule, une affection de cet organe caractérisée par la formation des kystes dans l'épaisseur même de la glande séminale, a émis cette idée que peut-être les kystes

dont il s'agit tenaient à l'oblitération d'un ou de plusieurs vaisseaux séminifères, et à la dilatation lente et progressive des canaux placés au-dessous de l'oblitération; on conçoit que la même chose pourrait être admise pour les kystes de l'épididyme. Quant à moi, je ne saurais accepter cette manière de voir pour plusieurs raisons. D'abord la théorie ne serait pas applicable à tous les kystes, puisqu'un certain nombre d'entre eux sont placés sur la tunique albuginée dans le tissu cellulaire sous-séreux, c'est-à-dire dans un point où il n'y a pas du tout de vaisseaux séminifères. Elle ne conviendrait pas non plus aux kystes de l'épididyme, placés à une certaine distance de la tête. En effet, cet organe est constitué, dans les trois quarts au moins de sa longueur, par un seul et même canal replié un grand nombre de fois sur lui-même; supposez qu'une dilatation se fasse en un point, qu'arrivera-t-il ? Si cette dilatation n'a pas été précédée d'une obstruction, le liquide charrié par le conduit devra s'amasser dans le point dilaté, et alors ce serait du sperme qui occuperait la cavité accidentelle; nous savons qu'il n'en est rien, et que les petits kystes ne contiennent pas de sperme; ou bien la dilatation aurait été précédée d'une oblitération, et alors les matières injectées ne pourraient passer au delà. Il n'en est rien encore: j'ai très-souvent injecté à la térébenthine, avec l'appareil dont j'ai parlé dans mon précédent travail, les testicules sur l'épididyme desquels je rencontrais de ces kystes, et j'ai toujours vu que l'injection passait et n'était point arrêtée. D'un autre côté, jamais je n'ai vu la matière injectée passer dans la cavité de la petite poche. En un mot, l'anatomie ne permet pas d'établir un rapprochement exact entre ces kystes de l'épididyme et ceux que l'on voit, au tégument externe, formés par l'oblitération d'un canal excréteur.

On pourrait se demander encore si la production accidentelle n'aurait pas pour point de départ la rupture d'un vaisseau séminifère, et l'issue d'une petite quantité de liquide suivie de la cicatrisation du point rompu; mais, outre que ces choses seraient assez difficiles à concevoir, elles se trouveraient encore renversées par ce fait que du sperme et des animalcules devraient alors se trouver dans le contenu, et cependant on n'en trouve pas du tout.

Pour la tête même de l'épididyme, on concevrait mieux qu'une obstruction et une dilatation consécutive des canaux spermatiques donnassent naissance aux kystes, la chose du moins pourrait avoir lieu sans interruption du cours du sperme; car, en cet endroit, l'organe est constitué par un certain nombre de conduits, et l'un d'entre eux peut en effet devenir imperméable sans que l'excré-

tion soit empêchée pour cela. Mais ici revient encore cette objection grave que l'on ne trouve pas d'animalcules, et cette autre, d'ailleurs, que dans cette région encore les kystes ne sont point parenchymateux, mais se trouvent superficiellement placés entre la séreuse et la membrane propre de l'épididyme, ainsi que je l'ai dit suffisamment un peu plus haut.

Si donc je suis autorisé à penser, d'après ce qui précède, que les petits kystes de l'épididyme et du testicule ne sont ni des hydatides ni des altérations dépendantes des vaisseaux séminifères, nous arrivons à cette opinion que ces productions se forment de toutes pièces au-dessous de la séreuse testiculaire, en vertu d'une tendance particulière propre à ces organes comme à certains autres de notre économie.

Il ne sera peut-être pas inutile de rappeler ici, en peu de mots, les différentes espèces de kystes dont nous observons des exemples en divers points du corps. Il en est d'abord un certain nombre qui se forment manifestement aux dépens de quelques organes: tels sont les kystes synoviaux, que je citais tout à l'heure, les kystes folliculaires résultant de l'oblitération d'un follicule et de l'accumulation graduelle du produit de sécrétion dans sa cavité. D'autres se développent aux dépens du tissu cellulaire, dans certaines régions où ce tissu est très-lâche et abondant, par exemple ceux que l'on trouve sur le trajet du cordon spermatique, dans les couches sous-cutanées de l'aisselle. D'autres, enfin, paraissent se former de toutes pièces, c'est-à-dire que leur enveloppe, au lieu d'être fournie par les éléments normaux de l'organisation modifiés, amplifiés, est de nouvelle formation. Ceux-là apparaissent en des régions, où le tissu cellulaire est peu abondant ou bien à mailles très-serrées; à la rigueur, on pourrait dire que là encore le tissu cellulaire se modifie pour former les parois des kystes; mais comme les cellules ne sont pas aussi lâches, aussi bien disposées que dans le cas précédent, je dis qu'il faut un travail de formation plus complet, et alors cette opinion se rapproche beaucoup de celle qui consiste à regarder les parois du kyste comme étant de nouvelle formation. On voit qu'il y a là d'ailleurs une petite difficulté; elle est inhérente à la nature même du sujet.

Quoiqu'il en soit, les petits kystes de l'épididyme et de la surface testiculaire me paraissent appartenir à cette dernière catégorie. Leur grande fréquence d'une part, la rareté et la solidité du tissu cellulaire de l'autre, me font penser qu'il se fait dans ces régions un travail de formation nouvelle pour les parois, et un travail de sécrétion particulière pour le contenu.

Maintenant, pourquoi cette tendance singulière dans le testi-

cule, tendance que l'on retrouve dans un si petit nombre d'organes? Car les ovaires, les reins et le corps tyroïde sont peut-être les seules parties du corps où des kystes se forment aussi fréquemment.

C'est que cette tendance à la formation du kyste se lie étroitement, selon moi, à la physiologie des organes, et se trouve particulièrement en rapport avec une diminution d'activité de leurs fonctions. Rappelons-nous, en effet, ce qui a lieu pour le testicule : Tant qu'il ne fonctionne pas, c'est-à-dire jusqu'à l'époque de la puberté, point de kystes. Pendant la jeunesse, c'est-à-dire pendant cette période de la vie où la sécrétion testiculaire est à son plus haut degré d'activité, au moins sous le rapport de quantité, point de kystes encore, ou du moins ils sont excessivement rares. Plus tard, vers 35 ou 40 ans, c'est-à-dire à l'époque où la sécrétion se ralentit et devient moins abondante, les kystes se montrent plus souvent, et enfin dans la vieillesse, lorsque les testicules ont plus ou moins perdu de leur activité, ces productions deviennent très-fréquentes. En un mot, la nature a donné à cet organe, à partir de la puberté, un pouvoir, un molimen sécréteur. Le molimen se réalise suffisamment tant que le sperme est séparé en abondance; mais lorsque vient à diminuer cette sécrétion, la tendance de l'organe n'est plus satisfaite, et le molimen se traduit encore par les productions accidentelles.

Et, en poursuivant plus loin cette idée, nous trouverons peut-être la raison de la fréquence plus grande des kystes sur la tête de l'épididyme que partout ailleurs; c'est qu'en ce point une partie des vaisseaux séminifères s'oblitère souvent par les progrès de l'âge; et ainsi l'apparition des kystes se trouve là en rapport avec la disparition de la structure normale, et par conséquent des fonctions.

En un mot, le testicule a des usages temporaires et qui doivent cesser à un certain âge; quand le ralentissement fonctionnel commence, des kystes se forment; c'est là une chose singulière, difficile à concevoir peut-être, mais qui se voit encore pour les autres organes que j'ai eu déjà l'occasion de nommer.

Peut-on, par exemple, ne pas faire ici, entre l'ovaire et le testicule, un rapprochement qui complétera l'analogie profonde démontrée par le parallèle de ces deux organes? L'ovaire aussi n'a que des fonctions temporaires; à mesure que la vie s'avance, il devient en certains points impropre à ces fonctions, parce que les vésicules de Graaf ne se reproduisent pas; puis, enfin, toutes les cellules disparaissent. L'organe devient comme fibreux et perd complétement sa destination. Eh bien! l'ovaire n'est-il pas

très-sujet aux kystes, n'en offre-t-il pas bien plus souvent que le testicule? On a émis, il est vrai, l'opinion que les kystes de l'ovaire n'étaient autre chose que des cellules ovariennes agrandies; j'admets bien qu'il en est ainsi dans un bon nombre de cas; mais souvent les choses se passent autrement. Il est des kystes, les petits surtout, qui se développent sans avoir leur point de départ dans les cellules ovariennes. J'ai trouvé souvent, sur des ovaires de femmes avancées en âge, et chez lesquelles cet organe avait entièrement perdu sa structure normale, de ces petits kystes tout à fait superficiels, les uns sessiles, les autres pédiculés, dont la situation ne permettait pas de croire qu'ils eussent jamais eu de rapports avec les cellules ovariennes. Peut-être même serait-on justifié à établir, pour l'ovaire comme pour le testicule, la distinction des kystes en petits et grands, avec ce caractère que les premiers sont des productions accidentelles indépendantes de la structure propre de l'organe, tandis que les seconds se développent aux dépens de ses éléments primitifs.

Je pense que les kystes séreux du rein ne peuvent pas s'expliquer autrement que par une sorte de tendance en rapport avec la diminution de la fonction sécrétoire. Tout le monde sait parfaitement que leur contenu n'est point de l'urine, et que leur cavité n'a pas de rapports avec les tubes urinipares. Il est très-probable que les kystes se ferment par suite d'une diminution d'activité sécrétoire dans certains points, ou même de la disparition partielle de la substance glanduleuse. J'avoue cependant que je ne serais pas en mesure de donner une démonstration rigoureuse de ce fait.

Quant au corps thyroïde, les fonctions et la structure intime de cet organe nous sont encore aujourd'hui trop mal connues, pour que nous puissions assimiler rigoureusement les kystes dont il devient assez souvent le siége à ceux qui précèdent. Cependant on me permettra de faire observer que sans doute les fonctions du corps thyroïde ont leur plus grande importance pendant la vie intra-utérine; après la naissance, ces fonctions sont supprimées, ou ne sont plus que très-secondaires; on pourrait donc établir encore un rapport physiologique entre l'apparition des kystes et le ralentissement des fonctions.

Je n'ai aucune raison pour penser que les petits kystes, dont je viens de parler, donnent lieu pendant la vie à des accidents et à un trouble des fonctions. La seule maladie avec laquelle ils aient un point de contact est l'hydrocèle de la tunique vaginale; en effet, j'ai montré plus haut comment la rupture des kystes dans cette

cavité pouvait être le point de départ d'une irritation légère, suivie d'une exhalation trop abondante de sérosité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Remarques sur le diagnostic des fractures incomplètes des os, avec une nouvelle observation de cette espèce de fracture; par T. DEBROU, chirurgien de l'hôtel-Dieu d'Orléans.

(Archives générales de Médecine, janvier 1848.)

Le fracture incomplète, qui consiste en une simple fente ou fissure, extrêmement rare dans la diaphyse des os longs, et plus rare encore dans les os courts, en exceptant, bien entendu, les os plats, où elle se rencontre assez souvent et particulièrement ceux de la tête, paraît n'avoir presque jamais été observée dans les extrémités des os longs. M. Malgaigne, qui a traité des fractures incomplètes avec plus de détails qu'on ne l'avait fait avant lui, ne trouve à citer, parmi les fractures de l'extrémité des os longs, qu'un seul exemple, d'après une pièce qui lui a été communiquée par M. Voillemier. C'était sur la tête d'un humérus. Le nouveau fait que je vais faire connaître est donc particulièrement intéressant sous ce rapport, puisqu'il s'est présenté sur l'extrémité inférieure du fémur.

Au reste, il est bon de faire remarquer, quand on parle des fractures incomplètes des os, qu'il serait convenable d'éliminer les cas où la fracture incomplète est l'accompagnement d'une fracture complète. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des fentes ou des fissures sur un os brisé, en même temps qu'une fracture de toute l'épaisseur de l'os. Cela se voit assez fréquemment sur les diaphyses et plus souvent encore aux extrémités des os longs, lorsqu'elles ont été soumises à un broiement considérable. Mais aujourd'hui que la discussion est close sur l'existence des fractures incomplètes, puisque de nombreux exemples en ont démontré la possibilité, on doit, je pense, dans l'intérêt de la véritable question de pratique, ne considérer comme telles que celles qui existent sans accompagnement de fracture complète. Car il importe peu de savoir si, dans un broiement d'os, il se rencontre des fentes ou des fissures en plus de la fracture principale; le diagnostic du chirurgien est suffisamment éclairé, à l'égard du traitement, par la constatation d'une fracture complète ou comminutive. Tandis que, s'il n'existe pour toute lésion qu'une simple fissure, il devient extrêmement difficile, et cependant nécessaire d'arriver à la reconnaître.

Dans l'observation que l'on va lire, il y avait une fissure du condyle interne du fémur, sans fracture complète, et en même

temps il y avait aussi deux éclats non séparés de la tubérosité interne de l'os. En considérant cette dernière circonstance, on pourrait voir encore dans ce fait une variété de ce que M. Malgaigne appelle *fracture esquilleuse*. Je pense donc que, sous ce double rapport, l'observation peut offrir de l'intérêt. Je me propose, au reste, de la faire suivre de réflexions sur l'importance et la difficulté du diagnostic de ces fractures, sujet trop négligé dans nos traités classiques et même dans l'ouvrage récent de M. Malgaigne.

Obs. — Dans les premiers jours de septembre 1847, on amena à l'hôtel-Dieu d'Orléans un jeune homme de vingt-cinq ans, garçon de ferme, qui, en tombant dans une grange du haut d'un tas de paille, s'était fait au coude gauche une plaie avec fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus. En même temps, il avait subi une contusion au genou droit, et il nous expliqua qu'il était tombé de 20 pieds sur le coude gauche et sur le côté interne du genou droit, qui était fléchi dans la chute. La peau du genou n'était ni entamée, ni écorchée, mais il y avait le lendemain de l'accident, au moment de notre premier examen, une vive douleur au genou, et un épanchement assez marqué dans la capsule articulaire.

L'état du bras gauche attirant principalement mon attention, je me contentai, après avoir fait pratiquer une saignée, de faire placer un coussin sous le creux du jarret et des cataplasmes sur le genou. Le lendemain, la douleur du genou était encore très-vive et augmentait considérablement lorsque l'on exerçait une pression sur son côté interne. L'épanchement n'ayant point diminué, je prescrivis une application de 15 sangsues sur l'articulation; mais avant leur application, M. Vallet et moi nous examinâmes avec soin l'état du membre.

Celui-ci avait la même longueur que celui du côté sain; seulement, le genou paraissait faire en dedans plus de saillie que d'habitude, et la jambe se pliait légèrement en dehors. Le malade nous dit qu'il *était cagneux* de ce côté, qu'il avait toujours eu depuis son enfance le genou droit plus saillant que le gauche, et son frère confirma cette déposition, en ajoutant, avec le malade lui-même, qu'il n'y avait ni claudication ni difficulté dans la marche. Néanmoins cette particularité, n'étant pas claire pour notre esprit, nous engagea à examiner avec le plus grand soin l'état des os. La jambe se fléchissait sur la cuisse avec douleur, mais sans aucun obstacle et sans aucun bruit de crépitation, même articulaire; les mouvements latéraux étaient très-douloureux, mais ni plus ni moins étendus que sur le côté sain, et ne donnaient lieu à aucune

crépitation ; la rotule, un peu soulevée par le liquide épanché, était intacte; les tubérosités, l'épine antérieure et toute la tête du tibia ne donnèrent aucun signe de fracture. Les deux condyles et les tubérosités du fémur embrassés séparement, autant que le permettait l'épanchement, parurent intacts; seulement *la douleur était plus vive que partout ailleurs sur la tubérosité interne*, qui, du reste, n'offrit ni crépitation ni déplacement anormal.

Le lendemain de ce jour, le 3e après l'accident, j'amputai le bras gauche à la partie inférieure.

Le genou droit continua à être très-douloureux. Le 5e jour, l'épanchement articulaire avait un peu diminué. Le 6e jour, trois jours après l'opération, le malade eut du délire pendant la nuit, fut fort agité, déplaça la jambe et la cuisse droites qui n'étaient que posées sur un coussin. Le 7e jour, il se fit un gonflement de la partie inférieure de la cuisse, et un érysipèle en partie œdémateux se déclara, surtout au côté interne de la jambe et de la cuisse jusqu'à sa partie moyenne. On fit des onctions d'onguent mercuriel.

En même temps, le moignon avait pris un fort mauvais aspect; la moelle forma un champignon, les chairs se retirèrent sur l'os qui fit saillie. Le pus était remplacé par de la sérosité claire et d'un gris terne. Le malade avait du délire, surtout pendant la nuit. Il mourut le 10e jour après l'accident, le 7e après l'opération.

Je ne décrirai parmi les faits de l'autopsie que l'état du genou, me bornant à dire pour le reste qu'il n'y avait point d'abcès au foie ni dans les poumons, qu'il n'y avait point de pus dans les veines du bras ni du creux axillaire, et enfin, que je ne trouvai pas les lésions que l'on rencontre ordinairement dans les cas de mort par infection purulente.

Il y avait du pus disséminé et diffus sous la peau à la région interne du genou, depuis un peu au-dessous de l'articulation, jusque vers la partie moyenne de la cuisse. Les muscles fémoraux de la région interne étaient ecchymosés dans leur partie inférieure. Du pus rouge et mal lié était infiltré entre les muscles et pénétrait dans tout le creux du jarret, où plusieurs ganglions lymphatiques étaient gonflés, rouges et en partie suppurés. Toute la capsule synoviale articulaire était injectée en rouge brun, et elle contenait un peu de liquide séro-purulent mêlé de quelques caillots sanguins. Tous les ligaments étaient intacts.

En examinant les os avec une grande attention, on trouva sur la tubérosité interne du fémur deux éclats ou décollements de la

table externe de l'os, dont l'un, circulaire, avait les dimensions d'une pièce de 3 livres, et l'autre, plus petit, empiétait un peu sur le cartilage du condyle interne. Ces deux éclats de la table externe étaient recouverts par le ligament latéral interne non déchiré, et tenaient à presque tout leur pourtour, car le périoste n'était rompu que dans un très-petit nombre de points irréguliers : de façon que, même sur le cadavre, on ne pouvait les soulever et les déplacer que d'une manière imparfaite. De la partie postérieure de ces deux éclats de la table externe, descendait un autre trait de fracture qui parcourait en travers le condyle interne, au-dessus de la limite postérieure de son cartilage, suivait la face interne du condyle, et venait se terminer en avant, à moitié chemin de la longueur de celui-ci. Cet autre trait de fracture ne fut pas d'abord aperçu, et ce ne fut que lorsque le fémur eut été scié et la pièce enlevée, qu'on le découvrit. On put voir alors que le condyle interne avait éprouvé une fracture incomplète, que la partie postérieure de sa portion articulaire pouvait s'écarter, se décoller dans une étendue de 3 centimètres, mais qu'elle tenait au reste du condyle et à l'os dans sa partie antérieure.

Il y avait donc, en définitive, une fracture incomplète du condyle interne, et éclatement, sans séparation, de deux lames minces de la tubérosité interne de l'os. Cette lésion suppose que, comme l'avait en effet raconté le malade, la chute avait porté sur le côté interne du genou, celui-ci étant fléchi. On peut admettre aussi que la saillie, un peu plus grande qu'à l'état ordinaire, que faisait le genou, en dedans, chez cet homme, a dû rendre la fracture plus facile, puisque le fémur offrait plus de prise et de surface à la rencontre des corps extérieurs. Je n'ai trouvé d'ailleurs, en disséquant toute l'articulation, aucune trace d'un désordre ancien, qui pût expliquer par un accident le léger défaut de conformation du genou de ce côté.

Je pense qu'après avoir lu cette observation, on accordera qu'il était impossible de reconnaître, sur le vivant, la fracture du fémur. Je pense aussi, cependant, qu'il eût été très-important pour le malade qu'elle fût reconnue pendant la vie. Je ne puis m'empêcher de croire, en effet, que l'altération profonde du moignon qui s'est montrée dès le 3e jour, après l'amputation du bras, la terminaison funeste qui a eu lieu le 7e jour, sans que l'on ait pu en accuser l'infection purulente, ont été principalement causées par l'inflammation et la suppuration du genou. Or, n'est-il pas probable que si, ayant cru à l'existence d'une fracture du fémur, j'avais complétement empêché les mouvements

du membre, en traitant la contusion par les moyens ordinaires que l'on peut employer concurremment avec un appareil à fracture, j'aurais de beaucoup diminué le développement de l'inflammation, et prévenu peut-être la terminaison funeste, au moins dans un moment aussi rapproché de celui de l'amputation du bras ? Je sais bien qu'une contusion, aussi forte que celle qui a pu fracturer le condyle interne du fémur, entraîne nécessairement et par elle-même des dangers. Mais n'est-il pas vraisemblable que le développement de l'inflammation du creux du jarret, et en particulier de l'érysipèle, a été facilité par le défaut d'immobilité du membre, surtout chez un homme qui devint en proie au délire ? L'apparition de l'érysipèle à la face interne de la cuisse et au creux poplité, c'est-à-dire au point même où siégeait la fracture, m'a beaucoup frappé dans cette circonstance, car je l'avais également rencontré chez le vieillard atteint d'une fracture incomplète du fémur, dont je rappelais l'observation au commencement de ce travail. Je me demandais, à propos de ce premier malade, « si l'érysipèle de la cuisse, qui paraissait avoir été la cause de la mort, se serait également développé dans le cas où, dès le début, on eût placé le membre dans l'immobilité ? » Aujourd'hui la même réflexion me revient plus forte à l'esprit, et la réunion de ces deux faits, recueillis à quatre ans d'intervalle, me semble donner une grande importance à ce que je n'avais d'abord admis que comme une supposition.

Au reste, peut-être, et je l'espère, cette circonstance fâcheuse de deux fractures incomplètes, méconnues et suivies de mort, pourra-t-elle me permettre de proposer un signe, je n'ose pas dire certain, car il n'en existe peut-être point, mais d'une très-grande valeur dans le diagnostic de ce genre de fractures. J'y reviendrai plus loin, après avoir fait remarquer les difficultés que rencontre le chirurgien pour reconnaître ces fractures.

La première source de difficultés est la disposition d'esprit où l'on se trouve, relativement au diagnostic des fractures en général. Cette disposition consiste à croire que l'on doit arriver, d'une manière certaine, à reconnaître une fracture. Cependant, l'on devrait ne pas oublier qu'il y a plusieurs espèces de fractures dont le diagnostic certain est impossible. Je ne mentionnerai les unes que pour faire mieux apprécier les conditions de celle que je considère ici en particulier.

Lorsqu'un homme tombe sur la tête, ou reçoit un coup sur cette partie, l'on est souvent dans l'impossibilité de savoir s'il existe une fracture de la base du crâne ou même de la voûte. La marche des accidents, l'apparition de certains signes incon-

stants dans leur existence, décideront seules le chirurgien à établir son opinion à cet égard, et souvent il n'arrive point à la certitude. Dans les chutes violentes qui ont agi sur les os du bassin, l'on est dans le même embarras pour déterminer s'il y a une fracture des branches descendante du pubis, ascendante de l'ischion, ou d'une autre partie de l'os des iles. Plus souvent encore, on ne peut décider, après un examen attentif, si une portion du corps des vertèbres, leurs lames ou une de leurs apophyses articulaires, sont fracturées. Ces faits sont généralement admis. Le chirurgien sait que le diagnostic, dans ces cas, est fort difficile, quelquefois même impossible; mais, précisément même parce qu'il est averti de la possibilité d'une fracture qu'il sait ne pouvoir reconnaître d'une manière certaine, il prend ses précautions soit pour le pronostic, soit pour le traitement. Le doute devient une des bases de sa conduite; il attend pour se prononcer. D'ailleurs, dans les cas signalés plus haut, pour peu que la lésion ait été violente, et c'est le seul cas où la fracture soit à craindre, il y a des règles à suivre pour empêcher les accidents de se développer du côté du cerveau, des organes du bassin, ou de la moelle. On explore donc l'intégrité de ces organes, et même on recommande des précautions ou un traitement actif pour prévenir les accidents, considérant avant tout les parties contenues. De toute façon l'incertitude première n'est donc pas réellement bien fâcheuse, puisque l'on sait que, provisoirement, on devra agir comme s'il existait une fracture des os.

D'autres fractures, dans lesquelles le diagnostic certain est impossible, peuvent se rencontrer dans les os des membres; mais ici la position du chirurgien n'est pas la même que précédemment.

Lorsque l'on est appelé pour un cas de lésion violente sur les os d'un membre, on éprouve une sorte de besoin de décider à l'instant même si l'os est fracturé ou ne l'est pas. Tous les praticiens savent que le malade et ceux qui l'entourent attendent une décision formelle à cet égard, et il faut le dire aussi, l'homme de l'art croit, en général, pouvoir se prononcer avec certitude, après un examen minutieux et attentif. En certains cas, il est vrai, on éprouve des doutes; il y a un gonflement considérable qui empêche de prendre un parti. Mais si, après la diminution du gonflement, de nouveaux examens ne font constater ni mobilité, ni déformation, ni crépitation de fragments osseux, on affirme qu'il n'y a point fracture, et l'on agit en conséquence. Voilà quelle est la conduite ordinaire.

Parmi les fractures des os des membres, les chirurgiens exercés savent, cependant, qu'il y en a dont le diagnostic est entouré de

grandes difficultés; et même, grâce à des descriptions très-circonstanciées de ces points difficiles, les jeunes chirurgiens, aujourd'hui, commettent moins souvent les fautes qui étaient communes autrefois, en l'absence de règles et de préceptes. On est averti, par exemple, que, dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du péroné, dans celle de l'extrémité carpienne du radius, on doit s'attendre à ne trouver ni crépitation, ni mobilité anormale, ni quelquefois même de déformation de la partie malade. On sait encore que dans certaines fractures du col du fémur, outre qu'il y a absence de ces mêmes signes, on ne peut constater ni raccourcissement du membre, ni déviation du pied (Malgaigne, *Traité des fract.*, p. 672, 699) : toutes circonstances qui rendent fort difficile la connaissance de ces fractures. Les auteurs modernes ont suffisamment insisté sur l'obscurité du diagnostic dans ces différents cas; et comme il en est prévenu, averti, le chirurgien trouve dans cet avis même la règle d'une conduite qui tourne à l'avantage du malade. Connaissant l'hésitation que doivent éprouver les hommes les plus habiles, et l'insuffisance des moyens de diagnostic, on ose rester dans le doute et l'on agit provisoirement comme dans le cas d'une fracture véritable, attendant, pour s'éclairer définitivement, que la persistance ou la disparition de la douleur, l'impossibilité ou la possibilité de mouvoir le membre, aient confirmé ou infirmé les premiers doutes.

Or, il faudrait ajouter à cette liste de fractures à diagnostic douteux celles qui sont incomplètes, et aujourd'hui que leur existence est bien démontrée, on devrait en admettre la supposition non-seulement au crâne, mais dans les os longs, dans le corps de ceux-ci et dans leurs extrémités, chez les enfants, les adultes, et même chez les vieillards (voir ma 1re observation). Si j'avais été prévenu moi-même de cette règle de conduite, je n'aurais peut-être pas à regretter la mort de mes deux malades, et probablement, pour avoir été dans la même ignorance, d'autres ont eu à déplorer de semblables malheurs.

Il est certain, en effet, que de simples fissures des os, la plupart ignorées des chirurgiens pendant la vie des blessés, ont causé la mort, ainsi que le démontrent les observations en petit nombre laissées sur ce sujet. M. Malgaigne, qui regrette avec tant de raison que les faits connus de ce genre aient été publiés avec trop peu de détails, fait remarquer que la lésion a toujours causé la mort, ou au moins un danger tel qu'il n'a pu être conjuré que par une opération (*Traité des fract.*, p. 38). Il cite, à l'appui de cette remarque, les malades observés par Léveillé,

Bécane, M. J. Cloquet, et deux cas rapportés par Duverney, et ajoute que « les pièces déposées dans les musées témoignent par l'état récent des fissures que les sujets n'ont pu garder longtemps les membres fissurés. » Si l'on ne voulait pas considérer l'observation que je donne aujourd'hui comme établissant encore la gravité du pronostic, parce que le malade qui en est l'objet avait subi l'amputation du bras pour une autre fracture, celle que j'ai publiée en 1843 d'un homme qui n'avait pour toute lésion qu'une simple fissure du fémur ne permet d'admettre aucun doute à cet égard. Et d'une autre part, il est vraisemblable que, si la fracture avait été soupçonnée et connue dans tous ces cas, les malades n'eussent pas succombé, puisqu'une telle fracture doit être, toutes choses égales, d'ailleurs, d'une guérison plus facile que les autres.

Comment donc le chirurgien pourra-t-il prévenir de tels accidents, et comment devra-t-il se conduire dans ces cas difficiles ?

Nous avons dit qu'il doit d'abord admettre dans son esprit la supposition d'une fracture incomplète, puisqu'elle peut exister. Il est bien entendu que cette supposition ne doit venir que dans certains cas, et il faut accorder à chacun assez de sagacité pour déterminer s'il y a ou non des circonstances favorables à cette opinion. Mais il suffit que l'on ait des doutes pour se tenir sur ses gardes et redoubler d'attention. Tant que le doute existe, on devra recommander au malade l'immobilité de la partie blessée, en l'y contraignant même par des appareils, et on tâchera de s'éclairer par les signes rationnels. Les signes physiques manquent tous en effet : dans les fractures incomplètes, en ne considérant que celles qui consistent en une simple fissure, il n'y a ni mobilité anormale, ni déplacement, ni déformation, ni crépitation, ni par conséquent aucun signe certain de fracture.

Parmi les signes rationnels, la douleur a une très-grande importance. M. Maisonneuve a déjà fait remarquer qu'elle est souvent le seul indice, à l'aide duquel on puisse reconnaître certaines fractures de l'extrémité inférieure du péroné, et M. Malgaigne dit que « plus d'une fois avec ce seul signe, il a pris sur lui de diagnostiquer des fractures, et d'assigner comme terme nécessaire de la cure le temps requis pour une parfaite consolidation » (*Traité des fract.*, p. 85). Mais pour avoir sa véritable valeur, ce signe doit être apprécié suivant des règles qu'a signalées encore avec justesse ce dernier chirurgien. On devra ne pas confondre la douleur produite par la fracture même avec celle que détermine la contusion ; cette dernière est plus étendue, moins fixe,

et en général moins intense. Si l'on promène le doigt sur le trajet d'un os qui vient d'être fracturé, en même temps qu'a eu lieu une contusion des parties molles, on détermine de la douleur par la pression dans toute la partie qu'occupe la contusion ; mais cette douleur est égale dans une étendue assez grande, commence avec la surface contuse, et disparaît graduellement à sa limite. Tandis que par la même pression des doigts, en arrivant sur le lieu de la fracture, on obtient une autre douleur qui se montre brusquement, et plus vive, et tellement fixe et limitée, que l'on peut assez bien indiquer, avec elle seule, le point précis et souvent linéaire où l'os est rompu. Cette douleur produite au siége de la fracture apparaît aussi sous l'influence des mouvements spontanés du membre ou de ceux qu'on lui imprime, et le malade, qui la ressent et l'accuse toujours au même point, la distingue assez ordinairement lui-même de la douleur de la contusion.

Le chirurgien devra donc mettre un soin particulier à rechercher cette douleur fixe, profonde, vive, limitée, et paraissant sous la pression du doigt ou par suite des mouvements de la partie ; et si ce symptôme persiste et se reproduit pendant plusieurs jours, surtout après que le repos et les autres moyens auront fait diminuer les effets de la contusion, il deviendra un signe probable de fracture, assez probable au moins pour que provisoirement on agisse comme si elle avait lieu. Les jours suivants, la disparition ou le maintien de cette douleur, son absence ou son réveil dans les légers mouvements que l'on imprimera à la partie, ou que se permettra le malade, achèveront d'éclairer le diagnostic, et feront abandonner ou continuer, suivant les circonstances, le traitement commencé.

Cette règle de conduite, tracée pour certaines fractures du péroné ou du radius, est de tout point applicable aux fractures incomplètes des os; mais malgré l'utilité de ce précepte, il arrivera encore probablement qu'une simple fissure d'un os long, comme celle que j'ai trouvée chez mon premier malade, ne sera pas même soupçonnée dès les premiers jours, soit à cause de la difficulté qu'il y a à distinguer avec précision, dans tous les cas, la douleur qui est due à une fracture de celle qui peut être causée par une simple contusion, soit surtout à cause de l'éloignement où l'on est, en général, de supposer une chose aussi rare qu'une fracture incomplète. Il devra donc arriver que, la lésion étant méconnue, on n'aura pas jugé nécessaire de placer le membre dans un appareil contentif, de manière à empêcher tout mouvement de la partie malade. Mais alors il se présentera un

nouveau signe, qui, si je ne m'abuse, doit avoir une importance décisive : c'est l'*apparition d'un érysipèle sur le siége même de la fracture*. Chez les deux malades que j'ai observés, le membre sur lequel existait une fracture incomplète avait été placé sur un coussin dans le simple repos, la contusion première avait été combattue par des saignées locales et des émollients ; cependant il se développa un érysipèle au bout de quelques jours.

Mais, dira-t-on, est-ce que la contusion elle-même ne suffit pas pour donner lieu à un érysipèle, et comment sera-t-il possible de distinguer celui qui serait produit par cette cause de celui que je propose comme étant un signe de fracture? Cette question est pleine de justesse, et fait naître le besoin d'un éclaircissement. Pour y répondre, je puiserai dans les caractères de l'érysipèle qui s'est présenté chez mes deux malades. En premier lieu, il ne s'est développé qu'assez longtemps après l'accident, dans un cas, le septième jour, dans l'autre cas, le neuvième. Or, l'érysipèle, qui est directement produit par une contusion, tarde moins à se montrer, et commence au moins avant le troisième jour ; car si la contusion ne l'a pas fait naître alors, comme ses effets vont en diminuant à mesure qu'on avance, elle n'amènera point l'inflammation de la peau. En second lieu, l'érysipèle qui a existé chez mes deux malades a été précédé et accompagné d'un empâtement et d'un engorgement œdémateux dans une assez grande étendue, ce qui n'est point dans les caractères d'un érysipèle franc qui naît sous l'influence d'une contusion. Voilà donc des symptômes différents à l'aide desquels on pourra les reconnaître.

De plus, il est facile, en examinant attentivement les phénomènes qui se passent dans les deux circonstances, de rendre compte des ces différences, et peut-être que cette explication même pourra mieux faire apprécier la distinction que je veux établir. L'érysipèle traumatique, qui est le produit direct d'une contusion, naît d'emblée, et, à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'accident, la cause qui peut lui donner lieu perd de son influence ; tandis que celui, au contraire, qui dépend de l'existence d'une fracture, a besoin d'un certain temps pour se déclarer. Cela tient à ce que cette seconde forme d'érysipèle n'est que le résultat et la conséquence de l'inflammation des parties profondes qui avoisinent la fracture. On peut dire qu'à l'envers du premier qui s'établit du dehors au dedans, il procède du dedans au dehors, et qu'en réalité il n'est qu'un symptôme de la suppuration qui siége au-dessous des téguments et entre les muscles. Voilà pourquoi aussi il s'annonce à la peau par un empâtement œdé-

mateux, et pourquoi, bien que le membre soit resté posé sur le lit, et qu'on ne puisse en accuser la pesanteur, l'érysipèle prend la forme à la fois œdémateuse et phlegmoneuse. Il est bien entendu, d'ailleurs, que cette inflammation profonde des tissus n'est pas uniquement le résultat de la fracture, car on ne la voit point survenir dans les fractures simples qui sont convenablement traitées par les appareils ordinaires : elle ne se développe que par suite des mouvements qu'on laisse faire au malade, et aussi ai-je eu soin d'indiquer plus haut dans quelles circonstances se manifeste ce signe tardif, mais décisif, à cause même des conditions dans lesquelles il se déclare.

Ces remarques, qui découlent naturellement des deux faits que j'ai observés, sont confirmées par ceux qui ont été donnés par d'autres observateurs. Dans les histoires détaillées et peu nombreuses qui ont été publiées sur les simples fissures des os, on voit que le désordre qui ne manque pas de survenir commence et s'annonce par une inflammation phlegmoneuse étendue jusqu'à la peau. Je ne puis mieux faire, pour le prouver encore et pour éclaircir ce sujet, que de citer ici une observation rapportée par Duverney.

« Un chanoine fait une chute d'un lieu élevé, se heurte la partie moyenne de la jambe ; il y a une vive douleur, une ecchymose et de la tuméfaction. Après quelques jours de repos et d'un traitement actif, les accidents ayant diminué, le malade se croit guéri et agit en conséquence. Bientôt, en se couchant, il aperçut une *rougeur* à la partie antérieure de la jambe, avec un peu de tension. Dans le cours de la nuit, il fut atteint d'une si excessive douleur, qu'il ne put y résister. On se détermina à faire sur l'endroit le plus élevé une incision qui pénétrait jusqu'à l'os. Il en sortit une sérosité purulente qui parut avoir séjourné entre le périoste et l'os. Le périoste était détaché de plus de deux travers de doigt. Il ne fut pas difficile de savoir d'où provenaient ces accidents, puisqu'il parut *une fracture en long très-étendue* ; on fut obligé d'allonger l'incision par ses angles ; le malade se trouva très-soulagé.... On eut ensuite recours au trépan perforatif, et le malade fut guéri en moins de deux mois. »

Ce fait prouverait de nouveau, s'il en était besoin, que la fracture incomplète demeure presque toujours inconnue à son origine, et que le blessé et le chirurgien lui-même se conduisent comme dans le cas d'une simple contusion, jusqu'à ce que des accidents, développés par suite de la non-immobilité du membre, forcent à changer de conduite. Il démontre surtout, pour le but que je me propose, la formation, dans les cas de ce genre, d'une

suppuration profonde qui s'annonce par l'apparition tardive d'un érysipèle.

Je pense donc, et c'est par cette réflexion que je veux terminer mon travail, que le développement d'un érysipèle sur le trajet d'un os fortement contus est un signe décisif pour établir le diagnostic d'une fracture incomplète, et que si, en l'absence de tout signe physique et certain d'une fracture, on n'a point condamné au repos absolu le membre malade, il faut, aussitôt que l'érsyipèle se déclare, se hâter d'agir absolument comme si la fracture était démontrée, afin, s'il en est temps encore, de prévenir les accidents funestes.

De la luxation interphalangienne du pouce; par T.
(Journal des Connaissances médico-chirurg., mars 1848.)

A. Paré a émis une assertion très-contestable lorsqu'il s'est exprimé ainsi : « Les doigts se luxent en quatre manières, à savoir : en la partie intérieure, extérieure et aux côtés. Pour les réduire, il faut tirer et pousser de figure droite, et par ce moyen on les remettra en leur lieu. Ils sont réduits facilement, parce que leurs jointures sont peu caves, et aussi qu'elles sont superficielles, et leurs ligaments lâches et faibles. Cette luxation est ordinairement affermie en 12 jours, ainsi que celles du carpe et du métacarpe. » (t. XI, p. 386, ch. XXXIX. Nouv. édit.)

En effet, la luxation des doigts, et celle du pouce en particulier, sont loin d'être toujours faciles à réduire; cette réduction ellemême nécessite quelquefois des tentatives réitérées, des modifications dans la manière de procéder qu'il nous a paru intéressant de signaler ici ; enfin la réduction une fois obtenue n'est pas toujours suivie du rétablissement des fonctions articulaires.

Parmi les luxations du pouce, il faut distinguer la luxation de la première phalange sur le métacarpe, et la luxation de la 2e phalange sur la 1re; quoique plus simple généralement que l'autre, cette seconde espèce de luxation offre toujours une certaine gravité, mais le pronostic est encore plus fâcheux lorsque cette affection est compliquée de plaie communiquant avec la jointure. Pour convaincre de la réalité de ce que nous venons d'avancer, il suffit de relire les *Leçons orales* de Dupuytren, qui a le mieux, à notre avis, étudié ce sujet (*V.* t. II, p. 32, 2e édit.). On verra que, sur 4 observations de luxation de la 2e phalange du pouce sur la 1re qui ont été recueillies, l'observation I se termina, la réduction opérée, par une tumeur blanche. Dans l'obs. II, le tétanos survint et emporta le malade. Dans l'obs. III, il se développa un phlegmon diffus de la main, de l'avant-bras et

du bras qui eut également un résultat funeste. Enfin dans l'obs. IV, il fallait en venir à l'amputation, et le malade succomba encore à une inflammation phlegmoneuse de la main, étendue à l'avant-bras.

Nous devons dire cependant que tous les cas ne sont pas aussi malheureux que ceux que nous venons de citer pour exemples; d'ailleurs, il faut reconnaître qu'il s'agissait dans ces faits de luxations compliquées de plaie; or, si une plaie communiquant avec une articulation est toujours une circonstance fâcheuse, ici, en particulier, à cause des gaînes tendineuses environnantes et de la grande tendance qu'elles ont à s'enflammer, les accidents consécutifs sont encore bien plus imminents.

Mais les luxations simples de la 2ᵉ phalange du pouce sur la première, pour être moins graves en réalité que les mêmes luxations compliquées de plaies au niveau de l'articulation, sont loin d'être toujours exemptes de gravité. La première difficulté qu'elles présentent est la difficulté de les réduire. Dupuytren, témoin de plusieurs tentatives infructueuses dans le cas particulier, a cherché à se rendre compte de la nature de l'obstacle qui s'opposait à la réduction. Il a cru d'abord pendant quelque temps que l'impossibilité de réduire venait de la tension des ligaments latéraux de l'articulation, qui, n'ayant pas été déchirés, mais se trouvant violemment distendus, s'étaient placés en travers entre le sommet et la base des phalanges déplacées, après avoir laissé passer la tête de la phalange inférieure au-devant du sommet de la phalange supérieure, par suite de l'effort qui avait produit la luxation. Plus tard, il abandonna cette idée, pensant que les ligaments latéraux sont presque toujours déchirés dans cette espèce de luxation; il fit alors jouer un grand rôle, comme obstacle à la réduction, à une interposition du tendon des fléchisseurs entre le sommet de la phalange supérieure et la base de la phalange inférieure. Dupuytren ajoute qu'il est à peu près impossible de ramener le tendon déplacé sur la base de la phalange qu'il a abandonnée, par les difficiles mouvements imprimés à l'os déplacé; car on ignore sur quel côté s'est porté le tendon sorti de sa coulisse; puis il donne le conseil, comme dernière ressource, de pratiquer la section du tendon au-dessus de l'articulation luxée.

Nous croyons que le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est montré un peu trop exclusif dans la théorie du déplacement du tendon des fléchisseurs, et qu'il a eu tort de rejeter d'une manière absolue sa première explication : celle qui faisait dépendre l'irréductibilité de la tension anormale des ligaments latéraux, devenus transversaux de verticaux qu'ils étaient.

A l'appui de cette assertion, nous allons rapporter une observation recueillie dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon. On verra que la réduction n'a été possible qu'après la section sous-cutanée des ligaments latéraux. Ce fait offre encore une autre espèce d'intérêt sous le rapport de l'ancienneté de la luxation.

Cette observation, par le résultat obtenu à l'aide de la section des ligaments latéraux, devra être prise en considération toutes les fois qu'il s'agira d'une luxation, impossible à réduire par les moyens ordinaires.

Obs. I. — Joséphine Sibnet, gouvernante, âgée de 29 ans, entrée à l'hôpital le 28 novembre, affectée d'une luxation de la deuxième phalange du pouce droit.

Le 13 octobre, au milieu de la précipitation que cause un incendie, elle saisit brusquement une malle qu'elle veut soustraire aux flammes; et, montée sur une chaise, elle cherche à l'attirer hors du rayon qui la porte. Au moment où elle est dégagée, cette malle tombe par son propre poids, et le pouce de la jeune personne, étant engagé dans la poignée de cette malle, est contourné de telle sorte qn'il en résulte le désordre que nous observons. (Elle ne peut rendre compte de quelle manière son doigt s'est trouvé pris ni dans quel sens il a été contourné). Le 13 octobre elle consulta, par malheur, un médecin anglais qui lui dit que cela n'était rien, de ne pas s'en occuper. Depuis ce moment, elle n'a pas cessé de souffrir ; son doigt est volumineux ; elle ne peut s'en servir : c'est ce qui l'a décidée à chercher d'autres conseils.

Le 28 novembre, c'est-à-dire six semaines après l'accident, on remarque : raccourcissement manifeste du pouce, augmentation du diamètre transversal du pouce au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange; le diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire suivant l'épaisseur, est presque doublé; au niveau de l'articulation phalangienne on sent, du côté de la face palmaire, une saillie arrondie, au-dessous une dépression. A la face dorsale, c'est le contraire : la dépression est située au-dessus d'une saillie arrondie; le mouvement à flexion est impossible; les mouvements de latéralité sont plus étendus que dans l'état normal ; mais pour les obtenir il faut forcer un peu et causer une vive douleur. Du reste, la peau est lisse, étendue, rouge, enflammée ; engorgement du tissu cellulaire de tout le doigt.

La malade est éthérisée ; on essaie, au moyen du pouce, de presser sur l'extrémité supérieure de la phalangette (l'extension étant impossible). Après des efforts infructueux, M. Huguier, au moyen d'un bistouri étroit et pointu introduit sous la peau, va

couper les ligaments latéraux de l'articulation; et alors seulement la réduction devient possible, mais non pas facile, vu l'ancienneté de la lésion (six semaines).

Le doigt est maintenant dans la rectitude au moyen d'une petite attelle, et l'appareil est enveloppé de compresses imbibées d'eau blanche. Douleur vive dans le doigt, les quatre premiers jours qui suivent; mais pas de fièvre. Les jours suivants le gonflement va toujours en diminuant; les deux petites plaies se ferment; aucun des accidents inflammatoires et nerveux, qui étaient à craindre, ne se manifeste. La malade sort le 20 décembre, n'ayant qu'à vaincre la raideur de l'articulation.

Mais, après avoir montré les cas difficiles, il nous reste à indiquer ceux dans lesquels la réduction est facile à obtenir. Le fait suivant en est un exemple.

Luxation de la deuxième phalange du pouce sur la première; réduction facile.

Obs. II.—Le nommé Louis Ory, âgé de 64 ans, scieur de pierre, entré le 20 décembre 1847 à la salle Saint-Félix n° 216, service de M. Hugnier.

Il y a six semaines environ, chute sur la face palmaire du pouce droit. — La seconde phalange est luxée en arrière et en haut. — Le pouce droit est de près de 1 centimètre plus court que celui du côté gauche; il est dans l'extension; les mouvements spontanés de flexion ou d'extension sont impossibles; la seconde phalange forme en arrière une saillie par son extrémité postérieure au-dessus de la première phalange; le doigt, promené le long de la face dorsale du pouce, est arrêté par l'angle saillant que forme en arrière cette saillie de près de 1 centimètre de haut; la tête de la première phalange forme une saillie assez considérable en avant et en dedans dans l'épaisseur de la pulpe du pouce. Cet organe présente en dehors un angle rentrant au niveau de l'articulatiou phalangienne et un angle saillant dans le point opposé. En cherchant à faire éprouver au pouce un mouvement transversal des phalanges l'une sur l'autre, on perçoit quelquefois un bruit de craquement.

Le 21 décembre. — Éthérisation; réduction facile; petit bandage compressif.

Le 12 janvier 1848. — Les mouvements inter-articulaires ne sont pas encore rétablis; il existe au niveau de la jointure luxée une tuméfaction irrégulière et assez dure à la pression : il semble qu'il se soit formé dans ce point un épanchement de substance fibro-calcaire qui soude entre elles les surfaces articulaires, ou

qui a servi à réunir les ligaments latéraux probablement déchirés. — Les mouvements de l'articulation luxée sont, comme on le conçoit, très-peu prononcés. — L'avenir améliorera, sans doute, les fonctions du pouce; d'ailleurs l'état actuel est très-compatible avec la profession exercée par le malade.

Ainsi, la conduite du chirurgien est désormais bien tracée d'après la pratique même de M. Huguier; on devra d'abord tenter la réduction de la phalange luxée par les moyens ordinaires, et dans le cas d'insuccès avoir recours sans hésiter à la section sous-cutanée des ligaments latéraux. Les beaux travaux de M. Jules Guérin ont désormais établi la parfaite innocuité de ces sortes d'opérations.

Adénite phlegmoneuse du jarret. Diagnostic différentiel.

(Gazette des Hôpitaux, N° 6; 1848.)

Le diagnostic des tumeurs a été jusqu'à présent, et sera probablement longtemps encore la partie la plus difficile de la chirurgie; ce qui ne veut pas dire cependant qu'il soit impossible; mais il nécessite des connaissances aussi profondes que variées, surtout lorsque l'on veut y arriver par la voie la plus certaine, par l'élimination. Ce mode de procéder est un de ceux dont M. Velpeau se sert avec prédilection dans les cas difficiles; et nous devons dire que le plus souvent il le fait avec autant de bonheur que de talent. Nous avons vu, ce matin encore, l'habile professeur mettre cette méthode en usage dans un cas assez obscur, dont nous rapporterons une analyse succincte.

Un homme de dix-sept ans, malade depuis un mois, entre à l'hôpital pour une affection du jarret gauche. Voici ce que l'on observe : le creux du jarret est complétement effacé et rempli par une saillie qui se perd, d'une part, dans les muscles de la cuisse; d'autre part, dans ceux du mollet, sans cependant déborder qu'à peine le bord du creux poplité. La peau qui recouvre cette tumeur est d'un rouge inflammatoire évident; pas de bosselures, pas de plaie; un peu d'empâtement; on sent une rénitence qui n'est pas franche. Un peu de douleur. Vers la partie moyenne de la tumeur, on sent une sorte d'arcade fibreuse, au-dessus et au-dessous de laquelle on perçoit une fluctuation profonde; ajoutons que toutes ces explorations déterminent de la sensibilité. En définitive, l'idée première qui se présente à l'esprit est celle d'une tumeur contenant un liquide, mais non pas en proportion de son volume.

Quelle est sa nature ? Pour arriver à la solution de cette question, et déterminer le siége anatomique de la collection, il faut

considérer qu'au creux du jarret les abcès peuvent être situés :

1° Entre la peau et l'aponévrose ;

2° Entre l'aponévrose et le paquet vasculaire et nerveux ;

3° Dans les ganglions lymphatiques ;

4° Dans l'articulation elle-même.

Entre la peau et l'aponévrose, la tumeur serait plus proéminente en arrière ; vu le temps écoulé depuis le commencement de la maladie, la peau serait plus amincie ; d'ailleurs nous ne trouverions pas l'explication de la bride fibreuse, qui est évidemment formée par l'aponévrose. La tumeur est donc sous-aponévrotique.

Serait-ce une affection de l'articulation ? Mais il n'y a rien du côté du genou qui puisse faire croire un seul instant à l'existence d'une maladie de ce genre.

S'agirait-il d'une inflammation des troncs nerveux ? Mais ces inflammations ne présentent jamais les caractères de l'inflammation phlegmoneuse. Il ne peut être question d'une phlébite, encore moins d'une artérite. Par voie d'exclusion, nous arrivons donc à dire qu'il ne peut s'agir que d'une inflammation des ganglions lymphatiques ou du tissu cellulo-graisseux qui remplit le creux poplité, deux choses qui ont été observées nombre de fois.

Pour bien comprendre ce qui se passe dans le jarret, il faut se rappeler la disposition de l'aisselle, qui a beaucoup d'analogie avec lui. Tous deux renferment des vaisseaux, des nerfs, des ganglions, du tissu cellulo-graisseux, les mêmes éléments, mais en moindre quantité dans le jarret. Dans le jarret comme dans l'aisselle, deux genres principaux de phlegmons, l'adénite phlegmoneuse et le phlegmon du tissu cellulaire.

Ce dernier peut se développer dans le creux poplité comme dans l'aisselle, sous l'influence de violences extérieures : un coup, une chute, une distorsion de l'articulation du genou, une fatigue excessive ; enfin, par toutes les causes qui sont susceptibles d'amener dans le jarret une irritation. En raison des nombreux frottements qui s'exécutent pendant l'action musculaire, les mouvements de va-et-vient des ligaments, rien n'est facile à comprendre comme une inflammation dans cette région.

Maintenant, autre chose. Quelles sont les causes qui peuvent faire naître une adénite dans le jarret ? Les mêmes que pour l'adénite axillaire. Pour cette dernière, une écorchure, piqûre au doigt, à la main, à l'avant-bras ; pour l'adénite poplitée, les mêmes lésions d'un orteil, du talon, de la jambe, d'une partie quelconque placée au-dessous du jarret. Une grande partie des

vaisseaux lymphatiques de la jambe et du pied traversent le creux poplité. Lors donc que l'on observe une adénite phlegmoneuse poplitée, on doit trouver au-dessous la lésion occasionnelle. Le phlegmon cellulaire reconnaît pour cause une violence extérieure qui n'a point existé ici. Chez le malade dont nous parlons, nous trouvons, au-dessous de la malléole externe, une petite plaque excoriée, dépouillée d'épiderme, laquelle a évidemment suppuré, et qui suppure encore. Le sujet affirme, il est vrai, que la tumeur poplitée existait en même temps que la plaie du pied. Mais en l'interrogeant avec soin, M. Velpeau est parvenu à prouver que réellement il n'était conduit à parler ainsi, que parce qu'il s'était aperçu des deux choses à la fois, sans pouvoir établir entre les deux maladies de rapport de causalité. L'observation de chaque jour démontre le peu d'importance qu'il faut accorder au dire des malades dans des circonstances semblables, lorsqu'ils n'ont point de connaissances médicales.

De toutes ces considérations, M. Velpeau a conclu à l'existence d'une adénite phlegmoneuse du jarret, plutôt qu'à celle d'un phlegmon cellulaire. Il a plongé un bistouri dans la tumeur ; il s'est écoulé un pus sanguinolent ; mais la tumeur ne s'est pas complétement vidée, et il est resté un tissu mollasse, empâté, preuve manifeste de la justesse du diagnostic. Que le malade ne se soit aperçu de l'existence des deux altérations que simultanément, peu importe. Il est incontestable que l'écorchure du pied a été le point de départ de l'inflammation des ganglions du jarret ; il s'est passé là ce qui se passe dans l'aisselle après une piqûre anatomique, par exemple.

A ce propos, rappelons que M. Velpeau a déjà depuis longtemps cherché, avec raison, ce nous semble, à établir un rapprochement entre les abcès des ganglions lymphatiques et ceux de la glande mammaire. Tous les ganglions lymphatiques ont une atmosphère cellulo-graisseuse plus ou moins épaisse, floconneuse, de forme variable, mais existant partout. C'est un tissu cellulaire lamelleux, filamenteux, etc. Lorsqu'un ganglion lymphatique est enflammé, pendant les premiers jours l'inflammation reste bornée au ganglion lui-même ; mais si elle est suraiguë et qu'elle marche avec une certaine violence, elle manquera rarement d'envahir les tissus ambiants ; elle se propagera d'autant plus facilement, que ces derniers tissus seront plus favorables au travail inflammatoire que le ganglion lui-même. Dans l'adénite phlegmoneuse il y a donc deux périodes : la période parenchymateuse de l'inflammation, puis la période celluleuse ou phlemôneuse. Ce n'est que lorsque le tissu cellulaire est pris que l'on constate les signes

du phlegmon. Jusque-là, on n'a qu'une tumeur roulante et plus ou moins profonde, mais isolée.

Dans les abcès chauds de la mamelle, la marche est essentiellement la même. L'inflammation occupe d'abord le parenchyme, peut y rester confinée, comme elle peut rester dans le ganglion ; mais pour la mamelle ce n'est pas le cas le plus ordinaire, non plus, de voir l'abcès se limiter à la glande ; il se porte soit vers la peau, soit vers les parties profondes (abcès sous-mammaires ou sous-cutanés), comme lorsque les ganglions sont pris, il devient sous-cutané ou sous-ganglionnaire. Nous partageons complétement, pour tous ces motifs, l'opinion de M. Velpeau sur l'analogie qu'il croit pouvoir établir entre ces deux sortes d'abcès phlegmoneux.

Ici les ganglions lymphatiques ne sont plus seuls intéressés ; évidemment le travail phlegmasique a marché. A-t-il envahi le tissu cellulaire situé entre les ganglions et l'aponévrose, ou celui qui est sous-ganglionnaire ? Au creux poplité les ganglions ne sont pas aussi rapprochés de la peau que ceux du pli de l'aine. Il se peut donc que dans le jarret la même circonstance se retrouve que dans l'aisselle ; le tissu cellulaire s'enflamme tout autour du ganglion, et peut indifféremment produire l'abcès profond ou l'abcès superficiel, ou tous les deux à la fois.

Après avoir de la sorte établi d'une manière positive le siége de la maladie, M. Velpeau a rapidement examiné le pronostic, qu'il divise en pronostic général et pronostic de l'adénite, suivant la région. Le premier est ordinairement peu grave. Les adénites aiguës avec ou sans abcès guérissent généralement bien. Envisagées d'une manière spéciale et suivant la région, leur gravité varie. Elles sont moins dangereuses dans le pli de l'aine que dans l'aisselle ou dans le jarret ; dans le pli de l'aine les tissus sont serrés, et la suppuration n'a pas grande tendance à fuser. Dans le creux de l'aisselle, au contraire, le pus peut fuser dans toutes les directions, sous l'omoplate, sur les côtés du cou, dans la poitrine, etc. Dans le jarret le pronostic est assez grave; il y a là d'abord des nerfs et des vaisseaux importants ; l'inflammation peut se propager aux gros troncs veineux et déterminer une phlébite. Le pus peut fuser, soit en haut, et remonter jusque dans le bassin en suivant le trajet du nerf sciatique et l'espace intermusculaire ; soit en bas, entre les couches musculaires qui forment le mollet. Enfin il n'est pas à la rigueur impossible que l'inflammation se propage à la grosse articulation, derrière laquelle est situé l'abcès, et qui n'en est séparée que par quelques tissus membraneux, et une arthrite dans ces conditions ne serait pas une petite chose.

Inutile de dire que le traitement est essentiellement antiphlogistique et résolutif, et qu'une fois la suppuration établie, l'indication est d'ouvrir l'abcès, avec précaution toutefois, en raison des parties importantes qui se trouvent comprises dans la région poplitée ; enfin, qu'après la guérison, il reste, soit momentanément, soit d'une manière permanente, une certaine gêne dans les mouvements d'extension, rendus incomplets par la formation de brides et l'induration des tissus.

Luxation de l'articulation coxo-fémorale (*sus-pubienne*; par M. F. Dupont, élève de service.

(Gazette des Hôpitaux, N° 10, 1848.)

Le 3 janvier 1848, est entré à l'hôpital des Cliniques de la Faculté le nommé Barrot (Athanase), âgé de douze ans, né à Paris, demeurant à Valenton. Cet enfant nous raconte que, menant, il y a cinq jours, une charrette près de laquelle il se tenait, le cheval lui a marché sur le pied, et l'a tout d'abord presque renversé. Il y a eu imminence d'une chute en arrière, et très-peu de temps après, la chute a effectivement eu lieu ; il y a eu mouvement du bassin en arrière pendant que la cuisse était fixée, et après la chute, la roue de la voiture passa sur la partie supérieure de la cuisse gauche. Il lui a été impossible de se relever, et les tentatives de réduction qui ont été faites, l'ont été sans résultat.

Le 4, à la visite, nous trouvons ce malade couché sur le dos, un peu plus sur le côté gauche que sur le droit ; la cuisse est fortement tournée en dehors, ainsi que la pointe du pied, de façon que c'est la face externe de la cuisse et du pied qui repose sur le lit. Il y a en même temps flexion de la jambe sur la cuisse. Il s'agissait de savoir si, dans cette position, ce membre était allongé ou raccourci ; à la vue simple, il était impossible de rien constater, puisque la direction des deux membres n'était pas parallèle. La mensuration, d'un autre côté, offrait des difficultés en ce qu'il était difficile de donner aux deux membres la même direction. Cette difficulté, nous sommes cependant parvenu à en triompher en plaçant le membre droit, qui était le côté sain, dans la même direction que le membre gauche. Nous avons mesuré depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la tubérosité du condyle interne du fémur, et nous avons trouvé, à plusieurs reprises différentes, un centim. et demi de raccourcissement. Nous n'avons pu, à cause de la flexion, mesurer jusqu'à la malléole interne.

Indépendamment de ce raccourcissement et de la rotation en

dehors qui, comme nous l'avons dit, était très-considérable, on apercevait dans le pli de l'aine un relief très-sensible.

Au-dessus de ce relief, si on cherchait l'épine iliaque antérieure et supérieure, elle était comme perdue dans les parties molles. Si on appuyait sur cette saillie, on constatait qu'elle était dure et qu'elle n'offrait pas de la mollesse comme dans les épanchements sanguins. Si on imprimait des mouvements à la cuisse en appuyant une main sur la tumeur, on lui faisait éprouver des mouvements. Le sommet du grand trochanter se fait sentir sur le prolongement d'une ligne verticale, partie de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Nous constatons de plus un déplacement de l'artère fémorale. En mesurant comparativement du côté droit et du côté gauche, depuis l'épine des pubis jusqu'à l'épine iliaque supérieure, au lieu de trouver l'artère au milieu de cet espace, nous la sentons battre au-dessus de la tumeur, à deux centimètres en dehors; du côté sain, elle etait, au contraire, à sa place ordinaire.

Une lésion traumatique, une chute qui a pour conséquence une impossibilité de la marche et du mouvement, une rotation de la cuisse et de la jambe en dehors, un raccourcissement de ce membre, une saillie dans le pli de l'aine, le déplacement des battements de l'artère fémorale en dehors, le grand trochanter sur la même ligne que l'épine iliaque antérieure et supérieure, ne peuvent donner lieu à autre chose qu'à une fracture ou à une luxation.

Tout d'abord, nous avons cru à une fracture, parce que, chez les enfants, les fractures de la cuisse sont assez fréquentes. Mais ce n'en était pas une; car une fracture ne produit pas habituellement une saillie aussi considérable dans le pli de l'aine. Il n'y a pas d'exemple que le col du fémur fracturé soit venu se placer au-dessus de la branche horizontale des pubis; c'était déjà une raison très-forte pour penser que nous avions affaire à une luxation plutôt qu'à une fracture. Quand il y a une fracture, on peut, en général, rendre au membre sa forme, sa position naturelle, il nous a été impossible, au contraire, de faire cesser la rotation en dehors et l'allongement du membre.

Il n'y avait pas de doute possible; nous avions affaire à une luxation de la cuisse, très-rare surtout chez les enfants; c'était une luxation en haut et en avant, c'est-à-dire la plus rare de toutes les luxations de la partie supérieure du fémur.

Cette variété de luxation est connue cependant depuis bien longtemps; elle a été nommée sus-pubienne par M. Gerdy; sur

le pubis par Astley-Cooper. On a proposé de l'appeler iliaque supérieure.

Quelques chirurgiens, M. Malgaigne en particulier, ont blâmé ces dénominations, parce que la tête du fémur se trouve non pas sur la branche horizontale du pubis, mais bien entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'éminence iléo-pectinée, dans la dépression très-sensible qui existe entre ces deux saillies. On a pu vérifier, du reste, par l'autopsie, cette position de la tête du fémur. M. Gely, de Nantes, et Astley Cooper ont publié chacun une observation, dans laquelle ils ont trouvé la tête du fémur dans le lieu que nous venons d'indiquer. Les auteurs eux-mêmes qui l'appellent sus-pubienne conviennent que la tête est placée là où nous l'avons dit. L'erreur anatomique siége dans la pensée que la branche horizontale du pubis s'étend jusqu'à l'épine iliaque antérieure et inférieure, tandis qu'elle ne va que jusqu'à l'éminence iléo-pectinée.

Cette luxation est habituellement produite par une extension forcée de la cuisse et du bassin. Notre malade avait le pied fixé au sol pendant qu'il a été entraîné en arrière. Maintenant la luxation a-t-elle eu lieu au moment de la chute? Cela est probable; ou bien, aurait-elle eu lieu par le passage de la roue de la voiture? Nous devons rester dans le doute. La partie antérieure de la capsule articulaire est probablement déchirée, ainsi que le ligament rond, car il se rompt toutes les fois que la tête du fémur sort de la cavité cotyloïde; M. Gerdy l'a bien prouvé, et ces faits ont été observés par M. Gely et Astley Cooper. Les fibres du psoas iliaque se trouvent soulevées, et sont en partie déchirées. En arrière, les muscles grand, petit, moyen fessier, carré crural, les jumeaux, les obturateurs, etc., peuvent également être plus ou moins déchirés. Relativement aux vaisseaux fémoraux, l'artère n'est pas comprimée, elle est seulement portée en dehors; il ne pouvait donc pas y avoir d'engorgement œdémateux, ni de gangrène.

Il n'y avait pas de doute pour la luxation; mais il fallait rechercher s'il n'y avait pas de complication de fractures. Nous avons dû rechercher s'il n'y avait pas de crépitation; nous n'en n'avons pas constaté. Nous avions à craindre aussi une fracture du bassin; les recherches que nous avons faites dans ce but ont été sans résultat. Nous avions moins à craindre, du reste, une fracture de la cuisse que du bassin, car elle ne se serait pas opposée à la réduction.

La réduction de la luxation étant arrêtée, il s'agissait de savoir si nous la pratiquerions, le membre étant placé dans l'extension

ou dans la flexion. Cette question est applicable à toutes les luxations du fémur. Tous les auteurs anciens, Boyer, Astley Cooper, conseillent de pratiquer la traction horizontale, le membre étant ainsi placé dans l'extension ; ce moyen est assez compliqué et demande le concours de huit à dix aides; ces tentatives, en outre, déterminent des douleurs assez vives. Les chirurgiens modernes, au contraire, conseillent de faire des tractions sur le membre, placé dans la flexion presque à angle droit avec le tronc. M. Despretz s'est beaucoup occupé de la réduction de ces luxations, et c'est un service réel qu'il a rendu, parce qu'il simplifie beaucoup l'opération. M. Laugier, de son côté, dans son article du Dictionnaire de médecine, conseille d'appliquer cette méthode à toute espèce de luxations.

Le malade est préalablement endormi au moyen du chloroforme, qui, comme on le sait, relâche les muscles en s'opposant à la tonicité musculaire. Le patient couché sur le dos, le bassin placé sur le bord d'un lit et fixé par un aide qui applique une main sur chacune des deux épines iliaques antérieure et supérieure, M. Gosselin élève la cuisse et opère des tractions de bas en haut; deux aides ayant les mains placées dans le creux du jarret favorisent ces tractions. M. Gosselin crut un instant avoir tout d'abord réduit, mais c'était une erreur; plaçant alors le jarret du malade sur son épaule, et appuyant de ses deux mains sur la tête du fémur en exerçant des tractions énergiques, le bruit de la tête rentrant dans la cavité cotyloïde s'est fait entendre : la réduction venait d'avoir lieu comme par enchantement.

La réduction effectuée, nous avons immédiatement constaté la disparition de la tumeur qui occupait le pli de l'aine; il était tout à fait symétrique avec celui du côté opposé.

Le lendemain, il y avait du gonflement de ce même pli de l'aine, un abaissement du bassin du côté gauche, et ce qui existe après la réduction de toutes les luxations, c'est-à-dire un certain degré d'inflammation de toutes les parties qui environnent l'articulation. Il faut que cette inflammation se termine avant que le malade puisse marcher; la marche et les mouvements seraient nuisibles; le repos au lit reste nécessaire pendant un mois ou six semaines.

L'inflammation disparue, Il peut y avoir une infirmité, une claudication. Il aurait pu y avoir contusion du nerf crural et, par suite, paralysie de la partie antérieure de la cuisse; nous n'avons rien à craindre de ce côté. Ce que nous avons à redouter, c'est une faiblesse de ce membre, à cause de la déchirure de

la capsule et de la rupture du ligament rond, qui ne pourra pas se reproduire; la capsule ne se reproduira non plus qu'incomplétement. Le pronostic n'est pas grave ; mais M. Gosselin ne serait pas étonné que cet enfant boîte, et que cette articulation soit trop faible pour supporter le poids du corps dans la marche et dans la station.

Aujourd'hui 12 janvier, le gonflement du pli de l'aine, que nous avons signalé comme existant le lendemain de la réduction, est presque tout à fait disparu, et la symétrie tend à se reproduire avec le côté opposé.

Plaies par armes à feu. Classification. Question des amputations immédiates ou secondaires.

(Gazette des Hôpitaux, Nos 25, 27; 1848.)

Parmi les questions générales que nous devons traiter touchant les blessures par armes à feu, l'une des plus importantes est sans contredit celle qui a trait à la nécessité des amputations dans les cas de ce genre.

Les blessures qu'on observe à la guerre doivent être divisées en deux grandes classes : les blessures par armes blanches, les blessures par armes à feu. Les premières diffèrent peu de celles qu'on voit ordinairement dans la pratique civile; nous n'en dirons rien. Les secondes, au contraire, présentent des particularités spéciales; elles peuvent d'ailleurs être rangées en deux catégories : plaies des membres, plaies des cavités splanchniques; ces dernières étant, tout égal d'ailleurs, plus graves que les premières.

Occupons-nous d'abord des plaies des membres. Ici nous allons encore établir deux classes : plaies produites par une balle traversant le membre de part en part; plaies produites par une balle qui n'a fait que le labourer. Celles-ci sont moins graves en général que les premières. En effet, quel que soit le trajet qu'ait suivi la balle, ordinairement la plaie n'intéresse qu'un même tissu, le tissu cellulaire sous-cutané; les vaisseaux et les nerfs ont moins de chances d'être lésés.

Les plaies qui traversent les membres de part en part peuvent être à leur tour subdivisées en simples et en compliquées. Elles sont simples quand les vaisseaux, les nerfs et les os, n'ont pas été lésés; compliquées dans le cas contraire. Et ici encore nous subdiviserons cette dernière classe suivant qu'il y a lésion des vaisseaux et des nerfs, ou bien lésion des os.

C'est de cette dernière espèce de blessures, la plus grave de toutes, que veut s'occuper aujourd'hui M. Velpeau.

La lésion des nerfs expose, il est vrai, à la paralysie partielle ; celle des vaisseaux à des hémorrhagies plus ou moins considérables et nécessitant des ligatures. Ces accidents sont certainement fort graves; mais les fractures par balle le sont encore davantage, et plus aussi que les fractures ordinaires compliquées de plaies. En effet, la gravité de ces dernières vient de la suppuration du foyer de la fracture, de la contusion des parties molles par les fragments; mais ces fractures ayant lieu le plus souvent par causes indirectes, il n'y a pas contusion des os, tandis que, dans les cas dont nous parlons actuellement, il y a contusion, mortification de tous les tissus. La suppuration nécessaire ici doit avoir lieu dans toute l'épaisseur du membre, y compris les os, qui sont forcément cariés, nécrosés.

Cela établi, voyons les cas où ces plaies sont le plus redoutables, car parmi elles, il y en a encore de plus graves les unes que les autres. Si la blessure portant sur un membre où il y a deux os n'a intéressé que l'un d'eux, elle est moins grave qu'une blessure analogue à un membre, dont la charpente est constituée par un seul os; car dans le premier cas, l'os sain sert d'attelle à l'autre.

En outre, le point du membre où siége la blessure influe sur son pronostic; ainsi, à la partie moyenne, elle sera moins grave que près d'une articulation.

Il peut arriver que l'os soit percé par la balle sans que sa continuité soit détruite ; M. Velpeau en a observé trois cas en 1831 ; ou bien la déperdition de substance peut avoir lieu en intéressant le bord de l'os, de façon à former une rigole plus ou moins profonde.

Tout égal d'ailleurs, les blessures des membres inférieurs sont plus graves que celles des membres supérieurs. Au membre inférieur, les fractures de cuisse sont plus dangereuses que celles de jambe. Il n'en est pas de même au membre supérieur, les fractures des deux portions du membre ont une gravité égale.

De toutes ces différentes espèces de fractures, les plus graves sont celles de la cuisse; car elles sont presque toujours comminutives, et les esquilles pénètrent dans des parties molles très-épaisses. En résumé, il s'agit là d'une région constituée par un seul os formé de tissu très-compacte et très-disposé à se briser en éclats, entouré de muscles nombreux et puissants, de beaucoup de tissu cellulaire, de vaisseaux et de nerfs volumineux. Il y a suppuration ; le pus s'infiltre, fuse en haut et en bas, et on comprend alors la gravité extrême de cette fracture.

Ces considérations nous permettent maintenant de discuter la

question relative à la nécessité de amputations. On l'a formulée de la manière suivante : Vaut-il mieux amputer sur-le-champ les membres qui laissent peu d'espoir de pouvoir être conservés, ou est-il préférable d'attendre quelque temps, et d'opérer seulement quand l'amputation est devenue absolument nécessaire? En d'autres termes, c'est la question des amputations immédiates et des amputations secondaires, sujet des discussions de l'Académie de chirurgie et des Mémoires de Faure et de Boucher.

Boucher disait que, si l'amputation était jugée nécessaire, il fallait la pratiquer immédiatement ; Faure soutenait, au contraire, qu'il valait mieux attendre, cherchant à conserver le membre et n'amputant qu'à la dernière extrémité.

Ces deux chirurgiens avaient, du reste, très-bien noté que dans ces blessures il y avait plusieurs périodes.

Dans la première, qui dure de quelques heures à deux ou trois jours, il y a une excitation, une ébranlement général au physique et au moral, auquel succède un certain état de stupeur ; après l'opération on n'observe pas de fièvre, et il y a plus de chances de succès, suivant Boucher.

La deuxième période, période de réaction, arrivant du deuxième au sixième jour, est analogue à celle qu'on admet pour les brûlures, sans que nous voulions dire par là que les plaies par armes à feu soient compliquées de brûlure, ce dont on est revenu aujourd'hui. Les anciens avaient cette opinion, dont les chirurgiens du dernier siècle se sont attachés à démontrer la fausseté ; mais ce qu'il y a là de vrai, c'est que les blessures par armes à feu peuvent être comparées aux brûlures quant aux résultats. Supposons, en effet, un membre traversé par une tige métallique rouge ; il y aura de même un trajet, un canal escharifié ; la balle ne brûle pas, mais elle mortifie comme un corps chaud. Dans les deux cas, il se développe un travail éliminatoire ayant pour but de détacher et d'expulser du canal accidentel la couche mortifiée. Cette période a plusieurs phases : d'abord on observe des accidents inflammatoires qui durent deux ou trois jours ; un suintement ichoreux, noirâtre, a lieu par la plaie ; les parties escharifiées sont éliminées ; puis un pus véritable se forme, et on entre dans la troisième période, celle de suppuration.

Maintenant, revenant à la question thérapeutique, nous pouvons dire, en premier lieu, que l'amputation dans la période inflammatoire est faite dans de mauvaises conditions ; cela est généralement admis et avec raison, car l'inflammation existant déjà ne disparaît pas sous l'influence de l'opération, mais s'ajoute à celle que produit le chirurgien. M. Velpeau est ici de l'avis de

Faure; si on n'ampute pas dans la première période, il vaut mieux attendre la troisième.

Mais il est bien difficile de se décider d'une manière positive pour l'une des deux méthodes. D'abord, on ne peut guère décider à l'avance s'il y aura possibilité ou non de conserver le membre; il y a des chances pour ou contre, mais les résultats viennent, dans un certain nombre de cas, infirmer le pronostic. Faure disait qu'en amputant tardivement, on conservait tous les membres qu'on aurait coupés à tort; Boucher répondait que, par cette méthode, on sauvait beaucoup moins de blessés.

Ainsi, prenez 100 blessés ; si vous les amputez tous immédiatement, vous en guérissez 90, par exemple ; si, au contraire, vous n'amputez que tardivement, vous conserverez leurs membres, à 25 blessés par exemple ; mais sur les 75 autres, il en mourra 25. Ces chiffres sont de pures suppositions ; mais quelque chose d'analogue existe, et suffit pour montrer combien la question est complexe, et expliquer les discussions si longues de l'Académie de chirurgie sur ce sujet.

Pour les fractures du fémur, tous les chirurgiens militaires, Larrey, Percy, Ribes, sont unanimes et d'accord sur la nécessité de l'amputation. Cependant, en 1830, les chirurgiens civils ne se sont pas soumis d'une manière absolue à cette règle, et ils ont cherché à conserver les membres. A cette époque, M. Velpeau, sur douze ou quinze malades, conserva deux fois le membre, et dut pratiquer quatre à cinq fois l'amputation secondaire; sait-on si, soumis tous à l'amputation immédiate, huit ou dix n'auraient pas survécu ?

D'une manière absolue, on ne perd pas plus de malades parmi ceux qu'on soumet à l'amputation secondaire que parmi ceux qui subissent l'amputation immédiate; mais ce n'est pas sous ce point de vue qu'il faut considérer la question. Il s'agit de savoir si les malades, qu'on n'a pas amputés et qui succombent avant d'arriver à l'époque de l'opération secondaire, n'auraient pas survécu si on les avait amputés immédiatement, tandis qu'ils n'ont pas pu franchir le pas difficile qui les séparait de l'opération. C'est là la grande question à résoudre.

Mais il y a des cas où l'amputation immédiate est fortement indiquée. Sept ou huit de nos malades se trouvaient dans cette position ; plusieurs n'ont pas voulu se laisser opérer; maintenant il n'est plus temps, il faut attendre la troisième période.

Complication des plaies d'armes à feu. Gangrène; divisions; étiologie; diagnostic. Hémorrhagies.

Comme complications des plaies par armes à feu, nous devons noter la stupeur, la commotion, les hémorrhagies, la gangrène.

Nous avons déjà observé deux fois cette dernière; nous allons nous en occuper aujourd'hui.

On peut distinguer dans les plaies par armes à feu deux espèces de gangrène; l'une qu'on peut appeler directe, l'autre que nous nommerons indirecte. La première a lieu nécessairement, c'est celle qu'on observe au niveau de la plaie elle-même. Elle se présente d'ailleurs sous deux formes; la mortification peut n'atteindre qu'une couche très-mince des tissus, ou bien elle peut en comprendre une épaisseur plus ou moins grande, et même attaquer les os. Il est à noter que la gangrène atteint généralement ce dernier tissu dans une plus grande étendue que les autres, et cela s'explique, les parties molles pouvant s'écarter et fuir devant le corps contendant, tandis que les os ne peuvent qu'être brisés ou soumis à une sorte d'attrition. Cette gangrène directe se montre donc dans tout le trajet du canal et avec une épaisseur variable, plus grande en général dans les os que dans les autres tissus.

La gangrène par cause indirecte, la seule qu'on décrit en général sous le nom de gangrène, est ainsi nommée par M. Velpeau, parce qu'elle n'a pas lieu au niveau de la plaie, mais se développe au-dessous et sous l'influence de la blessure.

Enfin la gangrène peut encore avoir lieu par extension de celle de la plaie au voisinage de celle-ci. C'est une sorte de degré intermédiaire entre les deux espèces que nous avons admises.

La gangrène dépend, en général, de trois ordres de causes : blessures des vaisseaux, blessures des nerfs, broiement des parties molles. Effectivement, quand une balle traverse un membre, elle peut rencontrer les vaisseaux, les nerfs et les os. La lésion des artères seules n'est pas une cause suffisante de gangrène; mais si la veine ou les veines principales sont en même temps intéressées, il y a de grandes chances pour que la mortification du membre ait lieu. Aussi, dans les opérations de ligatures, se garde-t-on bien de lier la veine en même temps que l'artère. Cela se conçoit : après la ligature de l'artère, le sang continue à circuler par les collatérales; mais il faut qu'il retourne au centre circulatoire, et ce ne peut être que par les veines; mais celles-ci, à l'inverse des artères, vont en se réunissant au lieu de se multiplier; les collatérales deviennent de plus en plus rares de bas

en haut, et la circulation ne peut avoir lieu par leur moyen.

Si la blessure existe à un membre où se trouvent plusieurs artères importantes, à la cuisse, par exemple, et que l'une d'elles soit seulement lésée avec la veine correspondante, il n'en est pas tout à fait de même; car il y a là plusieurs ordres de veines : la saphène avec ses anastomoses, la veine satellite de la crurale profonde, qui peuvent suppléer à la veine principale.

La division des nerfs peut aussi amener la gangrène; mais cela n'a pas lieu quand il y a plusieurs nerfs importants dans un membre, comme au bras, par exemple. Là, la division du médian ou du cubital, ou de tout autre, n'entraînerait pas la mortification du membre; mais celle-ci pourrait avoir lieu s'ils étaient tous divisés.

La lésion des autres tissus peut donner lieu à la gangrène, mais seulement dans le cas où les désordres sont considérables. La lésion isolée de la peau, d'un ou de plusieurs muscles, le broiement même d'un os, avec esquilles, ne seront pas suivis, en général, de gangrène indirecte; mais il en sera tout autrement si plusieurs de ces tissus sont intéressés à la fois, et surtout si en même temps les vaisseaux sont lésés.

Nous ne devons pas seulement considérer l'étiologie de cette espèce de gangrène, nous devons nous arrêter aussi sur son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Le diagnostic de la gangrène déclarée n'est pas difficile; mais l'important serait de la prévoir à son début, ce qui n'est plus aussi aisé, car cela dépend en général de la nature de la lésion, et il faudrait pouvoir toujours la déterminer exactement.

Si la balle a causé de grands dégâts, on peut le constater facilement; si, au contraire, il y a lésion des vaisseaux, des nerfs, des os, il est souvent difficile de préciser l'état des parties.

Quand il y a paralysie, on peut, guidé par les notions anatomiques, arriver à connaître le nerf ou les nerfs blessés.

Quand il y a hémorrhagie artérielle, on peut aussi parvenir à savoir quelle est l'artère qui en est le siége; mais ici une certaine difficulté se présente : d'abord il faut savoir si l'hémorrhagie est bien artérielle ou si elle n'est pas veineuse, ce qui, dans le cas qui nous occupe, n'est pas toujours facile. Tel est le cas d'un de nos malades. M. Velpeau pense bien qu'il n'y a pas ici lésion d'une grosse artère, car le pouls est conservé, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite; mais cela n'est pas concluant, l'artère pourrait être oblitérée, la circulation rétablie par les collatérales.

Mais autre chose : il peut ne pas y avoir d'hémorrhagie,

l'artère étant divisée complétement ; ou bien il peut y avoir hémorrhagie sans que le sang s'écoule au dehors, nouvelle difficulté pour le chirurgien.

Il se peut encore qu'il y ait eu lésion partielle de l'artère ; elle peut avoir été escharifiée par une de ses parties latérales seulement. Alors il se passe là ce qui a lieu à la peau dans des cas analogues.

Le premier jour, l'eschare cutanée fait corps avec le reste des téguments ; il n'y a pas solution de continuité ; mais au bout de quelques jours l'eschare se détache. Il en est de même, avons-nous dit, pour les parois artérielles, et l'hémorrhagie survient par suite.

Il y a donc des hémorrhagies primitives et des hémorrhagies secondaires, celles-ci ayant lieu soit par le mécanisme que nous venons d'indiquer, soit parce que le bouchon même qui oblitérait le bout d'un vaisseau divisé se détache.

La fracture des os est plus facile à constater ; mais d'ailleurs cette lésion seule amène rarement la gangrène, comme nous l'avons déjà avancé.

Pour la division des parties molles, nous dirons que, si elles sont intéressées dans la moitié de leur épaisseur, et si quelques vaisseaux sont lésés, il y a des chances pour que la mortification ait lieu. *(La suite à un prochain numéro.)*

Observation de ligature de l'artère carotide primitive, pour une tumeur anévrysmale de la région temporale; par M. Barrier, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon ; recueillie par M. St-Lager, interne du service.

(Journal de Médecine de Lyon, janvier 1848.)

Marie Cathery, âgée de trente ans, née et demeurant à Lyon, rue Sala, nº 60, exerce la profession de lingère et depuis deux ans celle de concierge. Elle est d'un tempérament nerveux, d'une constitution faible, d'un teint pâle et anémique. La menstruation, qui s'est établie à l'âge de dix-sept ans, a été depuis cette époque assez irrégulière ; l'irrégularité consiste le plus souvent dans un retard de plusieurs jours. Cette femme a eu et a allaité deux enfants ; son dernier accouchement a été laborieux, il a fallu le terminer avec le forceps, et l'allaitement du second enfant a paru contribuer d'une manière très-marquée à l'affaiblissement que présente aujourd'hui la constitution. Néanmoins il n'y a jamais eu de maladie grave, et toutes les fonctions viscérales se sont toujours bien accomplies.

Il y a un an qu'en montant un escalier la malade fit un faux pas et alla se heurter la tempe gauche contre l'angle d'un mur : elle éprouva aussitôt des étourdissements, mais ne perdit pas connaissance et ne ressentit qu'une douleur très-modérée. Il ne se développa sur le coup aucune tumeur à l'endroit de la contusion ; mais, huit jours après, il se forma une petite élévation, d'abord du volume d'une noisette, qui acquit peu à peu le développement d'une pomme de grosseur ordinaire. Cette tumeur, dans laquelle la malade n'apercevait point de pulsations, resta stationnaire pendant quatre mois sans produire aucun trouble dans la santé générale. Au bout de ce laps de temps, elle prit tout à coup, sans cause appréciable, un nouvel accroissement. Depuis cette époque, des battements y devinrent sensibles pour la malade ; en même temps la glande thyroïde augmenta de volume. Des douleurs profondes et pongitives se firent sentir dans la tête et amenèrent de l'insomnie: enfin il se manifesta dans le bras et dans la jambe du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur, des crampes et des douleurs vives mais fugaces. D'après l'avis des médecins qu'elle consulta, la malade fit sur la tumeur des lotions et des applications d'emplâtres et de pommades dont elle ne peut indiquer la nature. Les accidents que nous venons de mentionner ne faisant qu'augmenter et la tumeur prenant un nouvel accroissement, la femme Cathery se décida à venir à l'Hôtel-Dieu où elle fut admise et placée au n° 21 de la salle St-Paul.

Voici dans quel état elle se présenta à notre observation. La région temporale gauche était occupée par une tumeur d'un volume égal aux trois quarts d'une grosse orange, qui s'étendait, dans un sens, du conduit auditif à l'apophyse orbitaire externe, et, dans l'autre sens, depuis le sommet de la portion écailleuse du temporal jusqu'à l'arcade gygomatique. Mesurée en largeur, elle représentait un arc de cercle de 11 centimètres, et en hauteur un arc de 10 centimètres. Elle offrait des battements isochrones à ceux du pouls, mais qui ne devenaient bien distincts à la vue que lorsqu'on appliquait le doigt à sa surface. Ces battements cessaient lorsqu'on comprimait l'artère temporale vers son origine, immédiatement au-devant du conduit auriculaire ; le même effet se produisait par la compression de l'artère carotide primitive, compression qui était d'ailleurs rendue difficile par le volume de la glande thyroïde. La tumeur présentait une consistance assez dure, élastique et rénitence sans fluctuation ; la pression n'y causait pas de douleur, et, quand on la pratiquait avec force, il n'en résultait aucun symptôme indiquant la compression

du cerveau. La peau était lisse et incolore. Le stéthoscope appliqué sur la base de la tumeur, près de l'oreille, y faisait entendre un bruit de souffle assez faible ; partout ailleurs ce bruit n'était pas perceptible. La malade éprouvait des crampes et des douleurs, revenant par intervalles dans le bras et la jambe du côté droit, et la sensibilité était affaiblie dans la peau de ces membres. La myotilité n'y était point altérée.

Aprés un examen attentif, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un anévrysme faux consécutif de l'artère temporale, produit par la contusion de ce vaisseau ; et, après avoir montré la malade à nos deux collègues, MM. Pétrequin et Bouchacourt, nous nous décidâmes, d'un commun avis avec eux, à tenter la cure de cette maladie par la ligature de la carotide primitive.

Cette opération fut pratiquée, le 3 novembre, en présence de M. Pétrequin, de M. le docteur Girin et de plusieurs autres médecins et élèves. L'éthérisation amena au bout de vingt minutes une insensibilité qui ne fut pas complète, car elle n'empêcha pas la malade de pousser quelques faibles gémissements et d'exécuter quelques mouvements incommodes pour l'opérateur. Une incision de 7 centimètres environ fut pratiquée sur le trajet du vaisseau, le muscle peaussier et l'aponévrose cervicale, successivement coupés avec précaution. La gaîne du sterno-mastoïdien ayant été ouverte et les fibres charnues de ce muscle bien reconnues, son faisceau interne fut repoussé en dehors : la gaîne des vaisseaux, par là mise à découvert, fut incisée et largement débridée sur la sonde cannelée. Malgré la gêne apportée à la manœuvre par le développement de la glande thyroïde, l'artère fut isolée par la sonde cannelée, séparée d'un filet nerveux couché sur son côté antérieur et du pneumo-gastrique placé en dedans et en arriére, et enfin étreinte par une ligature passée au-dessous d'elle avec un stylet mousse. Aussitôt que le fil fut noué, les pulsations furent immédiatement suspendues dans la tumeur, qui en même temps s'affaissa sensiblement et devint plus molle. Une mèche fut placée dans la plaie pour favoriser l'écoulement du pus, et deux points de suture entortillée réunirent la partie supérieure de l'incision. Le pansement fut achevé de la manière ordinaire, et la malade, qui avait déjà repris sa connaissance complète, fut reportée dans son lit, la tête très-élevée sur un oreiller pour éviter la tension du cou. (Tisane de tilleul et potion calmante.)

Dans les premières heures qui suivirent l'opération, la malade resta plongée dans un affaissement assez profond, dont l'éthérisation était sans doute la cause principale. Il se déclara une

demi-aphonie et une gêne extrême de la déglutition ; il y eut peu de sommeil dans la nuit suivante.

Le lendemain, la malade se plaignait de douleurs très-vives dans toute la tête, le pouls était fréquent et la plaie un peu douloureuse ; les crampes des membres avaient disparu ; la tumeur était molle, affaissée, sans pulsations.

Au bout de trois jours, la déglutition devint plus facile, l'aphonie disparut, la plaie n'était plus douloureuse ; les douleurs de tête avaient diminué d'intensité, mais les crampes du bras avaient reparu.

Le cinquième jour, on enleva les deux points de suture ; la moitié supérieure de la plaie était réunie, le reste fournissait un pus de bonne nature. L'état général et local était satisfaisant.

Après une huitaine de jours, tous les accidents du côté de la tête et des membres avaient disparu ; l'appétit revenait avec le sommeil, mais la tumeur n'avait pas subi d'autres changements que ceux qui avaient immédiatement suivi l'opération.

Le 15 novembre, c'est-à-dire le treizième jour depuis l'opération, la ligature se détacha. A partir de cette époque, la guérison ne fut entravée par aucun accident, sauf une bronchite qui ne dura que quelques jours et céda aux boissons mucilagineuses et aux opiacés.

La cicatrisation de la plaie marcha lentement, et le 28 novembre, jour de la sortie de l'hôpital, elle n'était pas encore complète. Nous avons revu la malade le 10 décembre : la plaie était presque entièrement guérie ; la tumeur avait diminué de volume depuis la sortie de l'hôpital, ne présentait point de battements, et tout symptôme du côté des fonctions cérébrales avait cessé.

L'histoire de cette opération nous présente quelques points dignes d'intérêt, et sur lesquels nous devons revenir d'une manière spéciale. C'est sur le diagnostic que j'appelerai d'abord l'attention des praticiens. Il ne pouvait rester aucun doute sur les communications intimes de la tumeur avec le système artériel ; les battements qu'elle présentait et les effets de la compression de l'artère carotide primitive et de la temporale montraient que la tumeur recevait largement du sang dans son intérieur. A ces signes s'ajoutait encore le bruit de souffle qu'on percevait par l'auscultation. Mais il était permis de se demander si l'on avait à faire à un *anévrysme* de l'artère temporale, ou à une *tumeur fongueuse*, provenant des os ou même des enveloppes du cerveau. Ce qui pouvait en donner l'idée, c'étaient les symptômes déjà manifestes d'une altération survenue dans l'hémi-

sphère gauche. Les douleurs et l'engourdissement, affectant les membres du côté droit, annonçaient un commencement de compression de l'organe encéphalique ; mais on pouvait, d'un autre côté, concevoir que l'anévrysme de l'artère temporale, parvenu en se développant jusqu'au contact des os du crâne, avait pu les user progressivement, les perforer et pénétrer ainsi jusqu'à la surface des circonvolutions cérébrales. Ces deux suppositions étaient *à priori* également admissibles. C'est à la seconde opinion que nous nous sommes arrêté de préférence, à cause du développement de la tumeur qui avait suivi la contusion de l'artère à peu de jours d'intervalle. Le succès de l'opération nous semble aussi plus en faveur de cette manière de voir que de l'opinion contraire.

L'hypertrophie du corps thyroïde, chez la malade, devait faire prévoir quelques changements dans les conditions anatomiques de la région, qu'il fallait attaquer pour lier l'artère. Nous avons dû redoubler de précautions pour ne point nous égarer dans la recherche du vaisseau, et c'est dans ce but que notre incision a été tracée sur le bord interne du muscle *sterno-mastoïdien*, de manière à découvrir ses propres fibres avant d'attaquer la gaîne de l'artère. Quoique la partie latérale du corps thyroïde eût déjeté en dehors le muscle sterno-mastoïdien, l'artère avait conservé à peu près sa direction normale, mais elle était plus profonde ou du moins rendue telle en apparence, autant par la saillie du goître que par la tension du muscle satellite de l'artère. Cette profondeur a rendu le soulèvement de l'artère et sa séparation des organes voisins un peu plus longs que dans des conditions opposées. Nous n'avons rencontré aucun obstacle provenant de la veine jugulaire interne, mais un filet nerveux qui s'est présenté devant la carotide a dû être écarté avec soin. Le nerf pneumo-gastrique ayant été saisi avec le vaisseau et mis à cheval avec lui sur une première sonde, il a fallu le dégager avec une seconde, et ce n'est qu'après nous en être assuré et avoir fait reconnaître à plusieurs assistants l'isolement complet de l'artère en même temps que les pulsations, que nous avons procédé à sa constriction. Nous avons eu soin aussi, pour nous éloigner autant que possible du corps thyroïde, d'attaquer le vaisseau à 2 centimètres environ plus haut que le lieu d'élection. Nous avons évité par là le muscle omoplat-hyoïdien.

Nous n'avons point songé à porter la ligature ailleurs que sur le tronc carotidien ; il nous semblait dangereux de lier isolément l'une des deux carotides secondaires, et c'eût été une complication inutile de lier simultanément ces deux vaisseaux de préfé-

rence à la carotide primitive. En liant isolément la carotide externe, nous pouvions redouter l'insuccès de l'opération dans le cas où, contre notre prévision, la tumeur aurait eu pour origine un fongus de la dure-mère ou des os, car alors la tumeur aurait continué à recevoir du sang de la carotide interne. Nous ne pouvions, pour une raison semblable, recourir à la ligature de la carotide interne seule, puisque l'anévrysme de l'artère temporale n'en aurait éprouvé aucune modification. Tout nous faisait donc une loi de procéder comme nous l'avons fait. Nous avons préféré la ligature à la méthode nouvelle de la galvano-puncture, parce que cette méthode exige comme auxiliaires la compression et l'application de la glace. Cette complication de moyens doit, ce nous semble, en faire rejeter l'emploi dans les cas du genre de celui dont il s'agissait ici.

Les suites immédiates de l'opération n'ont rien offert de grave; les fonctions du cerveau n'ont été ni suspendues ni altérées, et ce fait est venu s'ajouter à ceux déjà connus, qui démontrent l'innocuité de l'oblitération d'un des principaux troncs artériels de l'encéphale. Le seul effet fâcheux que nous ayons observé a été une dysphagie très-douloureuse pendant les deux premiers jours, mais qui, à partir de cette époque, est allée en diminuant. Nous ne pouvons attribuer cet accident et l'aphonie coïncidente à la lésion d'aucun nerf, car nous sommes bien sûr d'avoir isolé complétement le vaisseau de tous les nerfs qui l'avoisinaient. On sait d'ailleurs que le même phénomène s'est montré dans des opérations de ce genre, sans cause plus évidente. L'effet immédiat de la ligature sur la tumeur a été très-satisfaisant, les pulsations ont cessé, la tumeur a diminué de volume et de consistance; mais cette amélioration est devenue stationnaire après qnelques jours, et la résolution de la tumeur ne s'est opérée qu'avec une extrême lenteur. Au moment où nous écrivons, il s'est écoulé trente-sept jours depuis l'opération, et la tumeur conserve encore au moins la moitié de son volume primitif. Du côté des fonctions du cerveau, l'amélioration a été également lente mais progressive, et depuis trois semaines, la malade n'a plus ressenti ni douleurs ni engourdissement dans les membres; son sommeil est très-bon, ses forces sont revenues, et tout fait espérer une guérison solide et complète.

Fracture de la rotule. Emploi de la griffe.

(Gazette des Hôpitaux, N° 1; 1848.)

Le traitement des fractures transversales de la rotule est un de ceux, qui théoriquement semble être des plus simples et qui, dans

la pratique, est peut-être un des plus malaisés. Depuis le bandage en 8 de chiffre de J.-L. Petit et de Heister, auquel on donnait le nom de *kiastre*, une foule d'appareils et de moyens thérapeutiques se sont succédé, sans qu'aucun paraisse avoir jusqu'à présent satisfait complétement toutes les exigences. Ainsi, nous voyons Desault ajouter au kiastre des anciens le bandage modifié des plaies en travers, une attelle postérieure dans toute la longueur du membre, et une bande roulée destinée à comprimer les muscles. A. Cooper employait un bracelet de cuir, fixé au-dessus du fragment supérieur, bracelet auquel était adaptée une lanière passant sous la plante du pied et maintenant celui-ci aussi élevé que possible. Boyer avait une gouttière matelassée, dans laquelle il logeait la partie inférieure de la cuisse et le haut de la jambe, et formait, à l'aide de deux courroies embrassant chacune un des fragments, un espace transversalement elliptique dans lequel la rotule était comprise.

Aucun de ces appareils, il faut bien le dire, ne remplit toutes les conditions désirables, et, pour ne parler que du dernier, M. Malgaigne a démontré péremptoirement que les courroies produisaient un mouvement de bascule sur les deux fragments, et empêchaient un contact immédiat et suffisant. Cet inconvénient est tellement réel que M. Nélaton, qui l'a constaté plusieurs fois, a pris le parti de supprimer les courroies de l'appareil de Boyer, et a vu dans un cas, entre autres, à l'aide de la gouttière seule, se réunir par un cal osseux les deux fragments d'une rotule qui, au moment de l'entrée, présentaient un écartement de 2 centimètres environ.

C'est pour remédier à tous les vices de ces appareils que M. Malgaigne a inventé la double griffe, dont il a retiré nombre de fois de grands avantages, et qui mériterait certainement d'être employée plus habituellement par les chirurgiens. Cet appareil à griffes, nous l'avons vu appliquer tout dernièrement à l'hôpital de la Clinique par M. Gosselin, chez un homme couché au n° 2, et affecté d'une fracture transversale de la rotule. Le chirurgien l'a mis en usage avec d'autant plus de confiance qu'il réunit parfaitement toutes les indications, et que, jusqu'à présent, la plupart des sujets, chez lesquels il a été appliqué, n'en ont retiré que des avantages bien marqués. Au premier abord, il paraîtrait que des accidents graves pourraient être la suite de son application ; et cependant il n'en est rien. La double griffe métallique n'a jamais déterminé le moindre accident sérieux. Il n'est pas un seul malade chez lequel on ait observé de phlegmon ou d'érysipèle. Mais, dans la prévision de ces complications, tout

improbables qu'elles sont, M. Gosselin a préféré, pendant quelques jours, faire couvrir de cataplasmes émollients le genou ainsi disposé. Lorsque l'appareil deviendra mobile et que la petite inflammation locale, à laquelle donnera lieu nécessairement le passage des pointes, ne permettra plus de le laisser en place, la position des fragments guidera M. Gosselin dans le choix du procédé qu'il devra mettre en usage, et qui ne sera pas le même, suivant que les fragments auront de la tendance à rester rapprochés ou menaceront de s'écarter.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'au moment où l'appareil a été placé, nous avons pu constater que les fragments, distants auparavant de 2 centimètres, se touchaient presque complétement.

Nous le répétons, c'est un tort qu'ont les chirurgiens de ne pas faire plus souvent usage de l'instrument de M. Malgaigne. Ils obtiendraient quelquefois facilement, par son secours, des guérisons plus complètes, plus rapides que celles que fournissent avec grande difficulté ceux que nous avons mentionnés plus haut.

Fissure à l'anus. Dilatation forcée. Procédé de M. Récamier. Emploi du chloroforme; par M. FERDINAND DUPONT, élève du service à l'hôpital des Cliniques à Paris.

(Gazette des Hôpitaux, N° 25, 1848.)

Au numéro 3 de la salle des femmes, est couchée la nommée Élisabeth Raté, âgée de vingt-sept ans, blanchisseuse, entrée le 5 janvier, malade depuis trois mois.

Cette femme, d'une santé assez délicate, est accouchée il y a deux ans de son premier enfant. Depuis trois mois, elle se plaint de douleurs vives dans la région anale, surtout après avoir été à la garde-robe. Ces douleurs, néanmoins, n'étaient pas continues, mais revenaient de temps en temps ; c'est ce qui explique pourquoi la malade n'avait rien fait jusqu'alors pour les calmer. Depuis huit jours, elles sont devenues continuelles, très-intenses après les garde-robes, et même pendant leur intervalle.

On ne remarque à l'extérienr de l'anus aucune tumeur hémorrhoïdale, point de condylome, point d'ulcération ; mais en écartant les bords de l'anus, on aperçoit à sa partie postérieure une petite saillie, et au-dessus d'elle une petite solution de continuité de 1 ou 2 millimètres d'étendue. Les limites de cette fissure ne sont point visibles dans sa partie supérieure.

Le doigt entre facilement dans le rectum. Il n'y a pas de contraction anale ; on sent seulement une dureté qui se prolonge

à l'intérieur du rectum. Cette introduction du doigt est assez douloureuse, surtout à l'endroit où existe la fissure.

Cette malade a une ulcération allongée, qui est une fissure; elle occupe la partie postérieure du sphincter; elle siége à son niveau et un peu au-dessus de lui. Il existe des fissures exclusivement au-dessous ou exclusivement au-dessus du sphincter; cette distinction, d'après le siége, est réelle. Les malades qui ont des fissures au niveau du sphincter sont ceux qui souffrent le plus; celles qui sont au-dessus ou au-dessous sont beaucoup moins douloureuses, beaucoup plus supportables. Ces fissures, connues depuis longtemps, ont été très-bien décrites par Boyer.

Il y a des malades qui ne souffrent que quand ils vont à la garde-robe, et la douleur qu'ils éprouvent alors est comparable à celle d'un fer rouge qui serait porté dans le rectum. Cette douleur se prolonge pendant deux ou trois heures, puis elle disparaît complétement pour reparaître de nouveau au moment de la première garde-robe. Ces malades sont, en général, constipés, et la douleur n'est réveillée que par l'issue des matières fécales. Il existe alors une contraction du sphincter telle, que le doigt ne peut pénétrer qu'avec la plus grande difficulté. Les douleurs vives indiquent en général une fissure et une contracture du sphincter qui ne se laisse distendre qu'avec difficulté, et les matières fécales, pressant sur cette fissure, y déterminent une douleur très-vive.

Notre malade présente ceci de particulier, qu'elle ne souffre guère plus pendant l'excrétion des matières fécales que quand elle n'a pas lieu, ce qui s'explique par le peu de contracture spasmodique du sphincter. La douleur est violente et continue, à ce point qu'elle s'oppose à la marche et même à la position assise.

Le pronostic de la fissure en elle-même n'est pas très-grave; il n'y a pas de rapport entre la fissure et les tubercules pulmonaires : il n'en serait pas de même si nous avions affaire à une fistule. Il est vraisemblable que la maladie, abandonnée à elle-même, ne se guérirait pas; il est probable, au contraire, qu'il surviendrait une contracture du sphincter qui n'existe pas encore.

Boyer a conseillé, pour guérir ces fissures, de pratiquer sur le sphincter une incision qui a pour but de diviser ses fibres, que cette incision soit faite sur la fissure elle-même, soit sur un autre point éloigné ou rapproché d'elle. Il est préférable cependant de faire porter cette incision sur la fissure elle-même, on en change ainsi la nature et on en amène la cicatrisation.

D'autres personnes ont conseillé la cautérisation avec le nitrate d'argent, les lavements de ratanhia, de monæsia, les mèches enduites de cérat opiacé, etc. Beaucoup de ces moyens échouent ou sont très-douloureux, particulièrement la cautérisation et les mèches, qui demandent à être employées pendant un temps assez long.

M. Blandin a eu recours avec succès à la ténotomie du sphincter anal.

Le procédé de M. Récamier, qui est celui que nous allons employer, consiste à dilater fortement le rectum avec deux doigts. Cette dilatation brusque et forcée a été souvent suivie de succès. On conçoit qu'elle agit, comme le procédé de Boyer, par la déchirure de la solution de continuité et par la dilatation du sphincter anal. C'est une méthode ingénieuse d'agir à la fois et sur la fissure et sur la contracture spasmodique du sphincter.

La malade, endormie au moyen du chloroforme, n'a pas souffert au moment de l'opération ni depuis qu'elle a été pratiquée. M. Gosselin avait eu, dans les premiers jours, la précaution de la purger avec de l'eau de Sedlitz ; puis, abandonnant tout purgatif, les matières sont devenues dures et n'ont occasionné aucune souffrance, ni pendant leur passage ni consécutivement à leur sortie. Le doigt, introduit avec force dans le rectum, ne cause aucune douleur, nouvelle preuve que la cicatrisation a eu lieu.

Ce procédé de M. Récamier, employé déjà dans plusieurs occasions par MM. Nonat et Robert, et auquel M. Gosselin avait recours pour la première fois, a été suivi, comme on le voit, d'un succès complet. L'opération de Boyer aurait eu le même résultat, mais elle exige plus de temps, plus de soins ; il faut introduire de la charpie entre les lèvres de la plaie ; il aurait fallu veiller à ce qu'il n'arrivât pas de phlegmon, d'érysipèle ; tandis qu'ici nous n'avons eu aucun pansement et nous n'avons pas eu à craindre d'hémorrhagie.

La douleur que causait autrefois cette opération avait seule empêché les chirurgiens d'y avoir recours ; c'était, en effet, une difficulté, qui aujourd'hui n'existe plus et qui fait maintenant l'avantage du chloroforme.

ANNALES

DE

MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Empoisonnement par le camphre.

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Un jeune homme de vingt ans, parfaitement bien portant, robuste et fort, était dans une boutique de droguiste pendant que l'on broyait des gâteaux de camphre pour les mettre dans des flacons. Tout en causant, il s'amusait à mâcher de petits morceaux de camphre et il en avala en quelques minutes environ 2 drachmes. Se sentant pris d'un grand mal de tête sans en soupçonner la cause, il sortit de chez le droguiste dans un état d'extrême gaieté. Il proposa une partie de whist à un ami qu'il rencontra, et une fois arrivé chez lui, ses gestes et sa conversation prirent quelque chose d'étrange et de singulièrement bizarre. Par un mouvement subit et inattendu, il quitta la pièce où il jouait, entra dans sa chambre d'où il ressortit aussitôt entièrement nu, en dansant et voulant sauter par la fenêtre. Un médecin, ayant été appelé, trouva le malade dans un état d'excitation allant jusqu'à la frénésie ; le pouls était petit, à 180 ; les conjonctives étaient injectées, la pupille peu dilatée, presque insensible à l'action de la lumière ; la respiration précipitée, et parfois laborieuse, exhalait une forte odeur de camphre ; la face était pâle et égarée. Le besoin d'uriner était fréquent et presque toujours douloureux ; les urines étaient claires et avaient l'odeur du camphre, enfin une sueur visqueuse couvrait tout le corps du malade. Le médecin fit administrer du vin d'opium à la dose de 1 drachme tous les quarts d'heure. Après la troisième dose, le malade vomit, avec les substances renfermées dans l'estomac, quelques fragments de camphre ; il éprouva ensuite le besoin de dormir, que l'on combattit parce que le pouls était très-petit et la respiration gênée. Le même traitement fut continué, et bientôt il y eut amélioration dans l'état du malade que

l'on laissa dormir pendant trois heures. Lorsqu'il s'éveilla, il était encore mieux et n'avait conservé aucune idée du passé. Il ne concevait pas comment et pourquoi il était au lit, et il ne s'expliquait pas l'état de faiblesse où il se trouvait. Quelques jours après il était entièrement rétabli.

D'autres faits indiquent que le camphre peut donner lieu à des accidents graves se rapprochant de l'empoisonnement. On voit qu'Alexander, médecin anglais, voulant, en 1768, s'assurer de la véritable action du camphre, en avala un peu plus de deux grammes, dans un sirop, en une seule fois. Dix minutes après, très-peu d'effet ; seulement le pouls est descendu de soixante-dix-sept pulsations à soixante-quinze ; le thermomètre, appliqué à l'épigastre, marque un degré de moins qu'avant l'ingestion du camphre. Quinze minutes après, le pouls et la chaleur sont revenus à l'état primitif ; mais l'expérimentateur éprouve une lassitude générale, de l'accablement. Ces phénomènes deviennent de plus en plus prononcés. Bientôt après, l'expérimentateur dit que la tête lui tourne, et qu'il éprouve un sentiment de suffocation ; ses idées se brouillent : il se lève, mais il peut à peine se tenir sur ses jambes, ses genoux fléchissent ; il s'approche d'une croisée, les objets dans la rue lui paraissent ondoyants et comme couverts d'un brouillard. Il boit une tasse de bouillon, essaie de lire, mais en vain. A ces phénomènes succède un bourdonnement dans les oreilles, puis il tombe sans connaissance et avec une pâleur effrayante. Sa famille s'alarme avec raison : un de ses élèves est présent. Aussitôt après, des convulsions se déclarent ; le malade a l'écume à la bouche, les yeux égarés et extasiés. On appelle Cullen, qui vole à son secours, puis le professeur Monro. Le malade peut à peine répondre aux questions qui lui sont faites. Enfin, ce ne fut qu'après des vomissements abondants, provoqués par de l'eau tiède, que ces symptômes se dissipèrent peu à peu, et que le malade revint à la santé. Il éprouva toutefois, pendant plusieurs jours, une sorte de raideur générale et de fatigue.

On connaît aussi l'observation rapportée par Edwards « d'un « homme qui, ayant pris un lavement contenant deux grammes « de camphre, éprouva des symptômes analogues à ceux qui « s'étaient manifestés chez Alexander. »

Empoisonnement par du poisson.

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Un événement fort étrange a eu lieu dans le village d'Aïn-Stidia, près de Mostaganem. Des pêcheurs de cette ville, sur-

pris par un orage, avaient enfermé dans leur cabine le poisson qu'ils avaient pris, et qui s'y altéra jusqu'à un certain point, sans qu'il y parût au dehors. M. le colonel Bosq, commandant le village, et l'agent comptable, M. Déric, ayant acheté une partie de ce poisson, furent pris, immédiatement après en avoir mangé, de douleurs violentes qui présentaient tous les caractères d'un empoisonnement. Le colonel résista, grâce à sa forte constitution, mais M. Déric mourut, au bout de quelques jours, dans d'horribles souffrances. Le poisson que ces messieurs avaient mangé était une espèce de murène.

Note du rédacteur. On doit se demander, si l'on peut attribuer à une altération du poisson, altération qui aurait été causée par un orage, les accidents qui ont été observés et qui ont frappé MM. Bosq et Déric?

Il nous semble que ces accidents se rapprochent de ceux qui ont été observés à de certaines époques, sur quelques personnes qui avaient mangé des huîtres et des poissons divers.

Les causes de ces accidents méritent d'être examinées, et il serait de la plus grande importance qu'on pût expliquer à quel principe sont dues les maladies qui frappent, quelquefois seulement, les personnes qui font usage de certains aliments, qui généralement ne produisent aucun mauvais effet.

Observation sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, traité par la magnésie. (Communiqué par M. CADET-GASSICOURT.)

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Lorsque les journaux de pharmacie et de chimie, en 1846, eurent publié la note sur l'emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, que notre honorable collègue et confrère, M. Bussy, avait transmise à l'Académie des sciences, je m'empressai, comme tous les pharmaciens ont dû le faire, de tenir toujours prête, dans mon officine, de la magnésie convenablement préparée pour les cas d'urgence. Je crus devoir, à cet effet, me mettre en mesure, autant qu'il serait possible, de donner la préférence à la magnésie hydratée, précipitée de la solution de sulfate de magnésie par celle de potasse caustique; et une longue épreuve m'a fait reconnaître que l'hydrate obtenu de cette manière, lavé, gardé sous l'eau, comme nous faisons pour le proto-sulfate de fer, se conserve parfaitement à l'état floconneux, qui doit être certainement le plus propre à atteindre le but que se propose M. Bussy, celui de l'absorption la plus rapide.

Deux fois, à deux mois environ de distance, M. le docteur Chammartin vient d'avoir occasion, dans mon voisinage, de constater l'efficacité de cet antidote contre l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Le 27 octobre dernier, la dame C.... (demeurant rue Saint-Honoré, 117), âgée de quarante ans environ, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, poussée au désespoir par une contrariété domestique, s'était empoisonnée. Vers les onze heures du matin, cette dame, après avoir déjeuné, mangea une tartine de pain qu'elle avait saupoudrée avec une pincée d'acide arsénieux en poudre, entre deux couches de pommes cuites. Trois ou quatre heures plus tard, elle but une tasse de café au lait qui fut immédiatement vomie. A la suite de ce vomissement, d'autres vomissements eurent lieu, dont les matières ne furent pas gardées; mais l'examen du papier qui avait servi à envelopper l'arsenic, et qui fut retrouvé plus tard dans la cheminée, suffisait bien pour confirmer la nature du poison, avouée d'ailleurs par la malade. Entre six et sept heures du soir, le sieur C.... appela M. le docteur Chammartin à venir secourir sa femme. A l'arrivée du docteur, les traits de la malade étaient colorés, animés, les yeux injectés offraient une expression prononcée d'inquiétude; ses bâillements étaient violents. Elle se refusa à la saignée : le médecin prescrivit alors l'emploi de la magnésie hydratée; 300 grammes de gelée magnésienne furent administrés en quatre fois dans l'espace de deux heures. A la suite de cette médication, il y eut deux évacuations alvines liquides; les douleurs épigastriques et thoraciques diminuèrent, quoiqu'elles reprissent sensiblement par intervalles. La nuit fut agitée; vers le matin, la malade commença à goûter le repos et même le sommeil. Au réveil, elle était calme et reposée; elle regrettait fort le parti désespéré qu'elle avait pris la veille. Son rétablissement fut prompt.

Recherches cliniques sur l'albuminurie cantharidienne; par M. le professeur BOUILLAUD.

(Suite : *voir* t. I, janvier 1848, p. 31 ; février, p. 155.)
(Revue médico-chirurgicale, février 1848.)

ART. 3. — *Parallèle entre les principaux résultats du travail de M. Morel-Lavallée* (1) *et ceux qui dérivent des observations ci-dessus rapportées.*

CAUSES.

« 1° Le mode de préparation du vésicatoire est indifférent.

« 2° En général, l'action est d'autant plus sûre et d'autant plus marquée que le vésicatoire est plus grand ; cependant, j'en ai vu d'aussi petits qu'une pièce de deux francs et posés sur le front déterminer des fausses membranes dans la vessie.

CAUSES.

1° Je n'ai opéré qu'avec les vésicatoires, tels qu'il sont préparés pour le service des hôpitaux.

2° Toutes choses d'ailleurs égales, l'action est d'autant plus prononcée que le vésicatoire est plus grand, *et qu'il est appliqué sur une surface plus favorable à l'absorption du principe actif de la cantharide.* Ainsi, un large vésicatoire, appliqué sur la peau scarifiée, produit à peu près constamment une albuminurie plus ou moins abondante, tandis qu'il arrive assez souvent qu'un vésicatoire pareil appliqué sur la peau intacte ne produit pas l'albuminurie, ou n'en produit qu'une, moins abondante que dans le cas précédent.—J'avoue n'avoir jamais fait d'expériences avec des vésicatoires de la largeur d'une pièce de deux francs seulement, et ce doit être, à mon avis, une chose assez rare que la production de fausses membranes dans la vessie, déterminée par l'application de vésicatoires

(1) Je consigne, dans cet article, les résultats du travail de M. Morel-Lavallée, tels qu'ils se trouvent indiqués dans une note que l'auteur a bien voulu m'adresser.

« 3° La distance du topique du *réservoir urinaire* est indifférente. Il ne s'agit pas, en effet, d'une sorte d'influence à distance, d'autant plus énergique que les points sympathiques sont plus rapprochés, mais d'un fait d'absorption ; et, si l'on peut admettre des degrés de vitesse dans un phénomène presque instantané, il doit être plus prompt à proportion que le point d'application des cantharides est plus près du cœur.

« 4° Il arrive sur le même sujet qu'un vésicatoire *ne retentisse pas sur la vessie*, et qu'un autre, à un court intervalle, bien que la préparation et le diamètre soient les mêmes, *y réagisse* avec une intensité considérable. Ordinairement, c'est le dernier qui réussit, quoiqu'il ait été posé dans un autre endroit, où l'épiderme offrait d'ailleurs sensiblement les mêmes caractères. Est-ce parce que le progrès du mal qui a nécessité l'emploi de ce moyen amène un affaiblissement favorable à l'absorption ?

aussi petits sur le front (surtout la peau étant intacte).

3° Quelle que soit la région de la peau sur laquelle on applique des vésicatoires, l'albuminurie peut avoir lieu. Mais elle se produit plus promptement par l'application d'un vésicatoire sur la peau scarifiée que par l'application d'un vésicatoire sur la peau *intacte*. Ce n'est toutefois, en général, que quelques heures après l'application des vésicatoires que nous avons constaté la présence de l'albumine dans les urines.

4° Je n'ai point étudié le retentissement des vésicatoires sur la vessie, mais bien leur action sur les reins et l'albuminurie qui résulte de cette action *sur les reins* et non de l'action *sur la vessie*. Au reste, dans le cas signalé par M. Morel-Lavallée, il est probable que la *réaction* du second vésicatoire a été favorisée par celle que le premier vésicatoire avait lui-même déterminée, mais à un faible degré, surtout quand le second vésicatoire est appliqué à un très-court intervalle après le premier.

SYMPTÔMES.

A. *Sécrétion albumineuse.*

« L'albumine se présente sous trois états : 1° en dissolution dans l'urine ; 2° en dépôt au fond du vase ; 3° *en fausses membranes qui se forment dans la vessie*. Ces états ne sont que

SYMPTÔMES.

A. *Sécrétion albumineuse.*

Je n'ai jamais rencontré l'albumine autrement qu'en dissolution dans l'urine. Dans un cas, il est vrai, une masse comme pseudo-membraneuse existait au fond du vase ; mais on sait

des degrés, dont le plus élevé suppose les autres.

« 1er *degré.* — En général, l'albumine en dissolution *est infiniment plus abondante que dans la maladie de Bright*, au point quelquefois qu'après un jour de refroidissement le précipité constitue la moitié de la hauteur de la colonne liquide dans l'éprouvette. Dans des cas exceptionnels, l'urine ne contient que des traces d'albumine; mais alors les symptômes, *du côté de la vessie*, sont nuls ou à peu près nuls.

« 2e *degré.* — Une partie de l'albumine est dissoute ; l'autre se précipite par le refroidissement, et forme comme un caillot au fond du vase.

« 3e *degré.* — Il se produit *dans la vessie des fausses membranes*, dont la grandeur varie depuis celle d'une simple pellicule jusqu'à celle d'une moitié de carte à jouer. Elles sont quelquefois en rouleaux si volumineux que les infirmiers ou les gardes-malades sont obligés d'exercer des tractions dessus pour en achever l'expulsion par l'urèthre.

que les pseudo-membranes sont essentiellement formées de *fibrine*, et non d'albumine *proprement dite.*

1er *degré.* — En général, l'albuminurie *cantharidienne* est moins abondante que l'albuminurie *ordinaire* portée à un haut degré. Toutefois, il est des cas d'albuminurie *cantharidienne* dans lesquels les urines, traitées par l'acide nitrique ou par la chaleur, ne diffèrent pas notablement des urines fournies par un sujet affecté d'albuminurie *ordinaire* (maladie de Bright) traitées de la même manière. Les urines, après un jour de refroidissement, ne nous ont jamais présenté *le précipité d'albumine* signalé par M. Morel-Lavallée.

2e *degré.* — Dans ce degré, les urines sont plus riches en albumine que dans le premier ; mais nous n'avons jamais vu *l'albumine proprement dite* se précipiter en caillot par le refroidissement.

3e *degré.* — Nous n'avons encore observé qu'une fois les faits signalés ici par M. Morel-Lavallée. Nous rappelons d'ailleurs au lecteur que nous avons plus spécialement étudié l'action des cantharides sur les reins, tandis que M. Morel-Lavallée ne s'est occupé que de la *cystite cantharidienne.*

B. *Symptômes fonctionnels.*

« Quelquefois pas de douleur, et l'albuminurie est le seul symptôme de la *réaction des cantharides sur la vessie.* Le plus souvent, douleur périnéale, mixtion fréquente, épreintes, etc.

B. *Symptômes fonctionnels.*

L'albuminurie, est, dans certains cas, le seul effet notable de l'action exercée sur les *reins* et le reste de l'appareil génito-urinaire par les vésicatoires. Mais, dans la grande majorité des cas que nous avons rapportés, on a observé des envies fréquentes d'uriner, envies quelquefois impuissantes; un sentiment d'ardeur, de cuisson pendant l'émission des urines, un véritable *ténesme* vésical; parfois même des coliques, des vomissements, un état d'agitation générale, etc. (1).

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

« Derrière un rétrécissement de l'urèthre ou une hypertrophie de la prostate, dans une vessie paralysée, dans le cas d'un obstacle quelconque au cours de l'urine, les *fausses membranes* doivent occasionner une rétention de ce liquide et presque inévitablement la formation d'un calcul. Les noyaux de matière muqueuse, de matière organique, de matière animale, ont-ils une autre origine? Trouve-t-on souvent, en effet, dans les voies urinaires, des pelotons de mucus libres?

« N'a-t-on pas fréquemment attribué à la maladie l'albumi-

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

Je dois répéter que je n'ai point étudié *spécialement* ici l'action des cantharides sur la vessie, le seul objet sur lequel paraît rouler le travail de M. Morel-Lavallée. J'ajoute qu'il ne faut pas confondre avec l'albumine, les *pseudo-membranes* et le *mucus*.

Parmi les cas d'albuminurie indépendants de la *maladie de*

(1) Il est bien digne de remarque que, contrairement à l'assertion de certains auteurs, les vésicatoires, même quand ils sont appliqués sur une surface scarifiée et qu'ils produisent un malaise général, de l'agitation et une vive douleur locale, ne produisent pas en général de fièvre notable, et ne l'augmentent pas sensiblement quand elle existe chez les sujets soumis à leur action.

nurie, qui n'était que le résultat du vésicatoire employé pour la combattre ? On serait encore exposé à commettre cette erreur aujourd'hui, si l'on ne faisait attention qu'à la douleur dans la région *de la vessie*, et aux *troubles de l'excrétion urinaire ;* car cette douleur et ces troubles peuvent manquer, lorsque cependant il y a sécrétion albumineuse. Et de là quels écarts dans le diagnostic, dans le pronostic, et surtout dans le traitement ! Les statistiques d'albuminurie ne sont-elles pas complétement à refaire (1) ? »

Bright (*affection granuleuse des reins*), sur lesquels nous avions appelé l'attention il y a déjà plusieurs années, il en est qui rentrent évidemment dans la catégorie de ceux auxquels nous avons consacré ce mémoire (nous avons cité des exemples de ce genre dans l'un des précédents articles de ces *Recherches*). Nous pensons, avec M. Morel-Lavallée, que l'ignorance, où l'on était resté jusqu'ici sur l'albuminurie cantharidienne, ne permet pas d'adopter sans réserve tout ce qu'on a dit dans les travaux publiés sur l'albuminurie, à une époque antérieure à la découverte de l'albuminurie *cantharidienne*.

Les lecteurs ont pu se convaincre que, dans le résumé de son travail sur la *cystite cantharidienne*, tel que M. Morel-Lavallée a bien voulu me l'adresser, il n'est pas fait la moindre mention de l'action des cantharides sur les reins, et que, selon cet observateur distingué, ce serait dans la vessie elle-même que se formerait l'albumine rendue avec les urines. Cette opinion montre jusqu'à quel point les recherches de notre confrère diffèrent au fond de celles qui me sont propres, puisque l'objet essentiel de celles-ci est de faire connaître une albuminurie dont la source est, non dans la vessie, mais dans les reins eux-mêmes, c'est-à-

(1) M. Morel-Lavallée termine son résumé de la manière suivante : « Ce vésicatoire liquide, que l'absorption pose dans la *vessie*, offre une inconnue que je travaille à éliminer : c'est la présence, directement, matériellement constatée du principe actif des cantharides dans l'urine. Je m'occupe aussi d'une statistique qui donnera la fréquence et les autres lois du phénomène. »

On ne saurait trop engager M. Morel-Lavallée à poursuivre ses intéressantes recherches, et à fixer désormais son attention sur les phénomènes dont les reins sont le siége, en même temps que sur les phénomènes qui se passent du côté de la vessie.

Relativement à la fréquence de l'albuminurie cantharidienne, nous dirons à notre confrère que, depuis environ huit mois, époque où, ne connaissant pas le travail non publié de M. Morel-Lavallée, nous avons communiqué à l'Académie nos recherches sur l'albuminurie *cantharidienne*, cette albuminurie s'est manifestée chez les vingt-cinq à trente malades, auxquels nous avons appliqué d'assez larges vésicatoires sur la peau scarifiée.

dire une *néphrite cantharidienne*, à degrés variables, et non une *cystite cantharidienne*. J'ai même quelque peine à comprendre comment M. Morel-Lavallée n'a pas songé à placer, dans l'organe sécréteur de l'urine, l'affection qui donne naissance à l'*albuminurie cantharidienne*. Laissant maintenant de côté cette première considération, on sent que, pour expliquer les différences qui se rencontrent entre les propositions tout à l'heure mises en parallèle les unes avec les autres, il faudrait au moins avoir sous les yeux les faits recueillis par M. Morel-Lavallée. Je ne puis, réellement, concevoir de telles différences sans supposer que les conditions, dans lesquelles M. Morel-Lavallée a étudié l'action des cantharides, ne sont pas exactement celles au milieu desquelles ont eu lieu mes observations. L'une des hypothèses qui peuvent se présenter à notre esprit, c'est que M. Morel-Lavallée, dans quelques cas du moins, aura dû signaler les résultats de l'action des vésicatoires qui auront été entretenus par l'emploi de pommades cantharidées, tandis que nous n'avons, pour notre compte, étudié que l'action des vésicatoires volants, appliqués sur des régions de la peau tantôt saines, intactes, tantôt soumises à l'opération de la *scarification* (application de ventouses scarifiées). Au reste, nous nous occupons, en ce moment, de recherches sur l'action des vésicatoires entretenus pendant un temps plus ou moins long par l'espèce de pansement mentionné plus haut (pansement avec une pommade cantharidée).

Ajoutons qu'il se pourrait aussi que M. Morel-Lavallée eût tiré ses conclusions d'observations relatives à l'application successive de plusieurs vésicatoires sur le même malade, tandis qu'il ne s'agit guère dans nos observations que des effets d'une seule application de vésicatoire.

ART. 4. — *Conclusions générales des observations précédentes.*

I. *Fréquence de l'albuminurie par l'application de vésicatoires sur la peau scarifiée.* — Les faits que nous venons de rapporter démontrent que de larges vésicatoires, appliqués sur des régions de la peau scarifiées, déterminent, d'une manière à peu près constante, une albuminurie plus ou moins abondante (1). Dans un seul des cas (obs. XIII) que nous avons rapportés, l'albuminurie n'eut pas lieu ; mais il s'agissait, dans ce cas, d'un *petit* vésicatoire.

(1) Nous avons rapporté deux cas d'albuminurie produite par l'application de vésicatoires appliqués sur la peau saine (Obs. XVI et XVII) ; mais nous pouvons affirmer que l'albuminurie n'est pas aussi constante dans ce cas que dans celui où les vésicatoires sont appliqués sur la peau scarifiée, et l'on comprend aisément la cause de cette différence.

Cette albuminurie a eu lieu chez nos malades, quels que fussent leur âge, leur sexe et le genre de leur maladie (1).

II. *Durée de l'albuminurie cantharidienne.*—La durée de l'albuminurie cantharidienne n'est, en général, que de un à trois jours. Chez un seul de nos malades, elle persista pendant un mois et jusqu'à la mort du malade (obs. XV). Mais, chez ce malade, un vésicatoire fut placé sur presque toute la partie postérieure de la poitrine, et, plus tard, lorsque ce premier vésicatoire fut sec, deux autres vésicatoires furent appliqués sur la même région, non scarifiée, ce qui augmenta l'albuminurie produite par le premier. Je dois noter d'ailleurs que, chez ce malade, les urines n'avaient pas été soumises à la réaction de l'acide nitrique avant l'application du premier vésicatoire.

Voici, maintenant, l'indication précise de la durée chez les quinze autres malades (On n'a pas oublié que l'albuminurie manqua chez un malade, auquel on n'appliqua qu'un petit vésicatoire sur une surface d'ailleurs scarifiée) (2).

L'albuminurie dura :

1 jour seulement chez 5 malades (obs. V, VI, VII, XVI, XVII). Deux de ces malades n'avaient pas eu la peau scarifiée. L'albuminurie fut légère chez l'un (obs. XVII), forte chez l'autre (obs. XVI).

2 jours, chez 5 malades (obs. I, IV, VIII, X, XII).

3 jours, chez 3 malades (obs. II, III, IX).

6 jours, enfin chez 1 malade (obs X; chez ce malade, le vésicatoire avait 20 centimètres de hauteur sur 10 à 12 de largeur).

Chez 15 des 16 sujets, l'albuminurie fut constatée dès le lendemain de l'application des vésicatoires.

Dans un seul cas (obs. VII), l'albuminurie n'existait pas à la visite qui suivit celle où le vésicatoire fut prescrit. Elle fut constatée le second jour, et c'est un des cinq cas d'albuminurie pour ainsi dire *éphémère*, ou d'un seul jour de durée.

III. *Altérations anatomiques.* — Chez les deux sujets qui succombèrent, nous ne trouvâmes point de pseudo-membranes dans

(1) Parmi nos 17 malades, on compte 13 hommes et 4 femmes.

Ils étaient âgés de 19 à 68 ans. 3 sujets avaient de 19 à 25 ans; 7, de 32 à 39 ans; 1, de 45 ans; 4, de 52 à 65; 2, de 62 à 68 ans.

6 étaient atteints de pleurésie ou de pleuro-pneumonie; 3, de bronchite, avec ou sans complication d'emphysème pulmonaire; 4, de rhumatisme articulaire avec ou sans endocardite; 1, de névralgie; 3, d'affections *chroniques organiques* du cœur ou de l'aorte.

(2) Les vésicatoires, que nous appelons *larges*, avaient de 12 à 20 centimètres de hauteur sur 8 à 12 de largeur. Quelques-uns, seulement, avaient une étendue un peu inférieure à celle-ci.

la vessie. La seule lésion notable était de la rougeur et de l'injection d'une portion de la membrane interne du système excréteur de l'urine. Dans le cas où la mort n'eut lieu qu'un mois après le début de l'albuminurie cantharidienne, il existait, en outre, un peu d'opalinité et d'épaississement de la membrane (l'autre sujet succomba trois jours après le début de l'albuminurie cantharidienne).

Depuis que nous avons livré ce travail à l'impression, nous avons recueilli un cas d'albuminurie cantharidienne, avec production de pseudo-membranes fibrineuses à l'intérieur du système excréteur des urines. Un tel cas est trop intéressant pour que les lecteurs de ce journal ne nous sachent pas gré de le rapporter. Le voici :

Obs. XVIII. — Le nommé Rameau, âgé de 22 ans, fut admis à la Clinique, le 18 novembre 1847, pour une fièvre continue avec état typhoïde, et pneumonie du poumon droit. La maladie datait de 4 jours. (Cette observation a été recueillie dans tous ses détails, mais je n'insisterai ici que sur les points relatifs à l'*albuminurie cantharidienne.*)

Une saignée fut pratiquée le jour de l'entrée.

Le 19. Point de soulagement notable.

Saignée de 3 à 3 palettes et demie (matin et soir); *ventouses scarifiées,* 3 *palettes sur l'abdomen; solut. sir. gomm.; lavements émollients; diète.*

Le 20. Un peu d'amélioration. — L'état de prostration du malade ne permet pas d'insister sur les saignées générales.

Ventouses scarifiées au côté droit de la poitrine (région du scapulum), 3 *palettes, et vésicatoire sur la même région.* Le malade ayant uriné sous lui, on ne put, à la visite du 21, soumettre les urines à la réaction de l'acide nitrique. Ce jour-là, des sinapismes furent appliqués aux mollets. — Les urines du 22 ne se troublèrent point par cet acide.

Le 22. *Nouveau vésicatoire sur la même région, le matin, et le soir, vésicatoire sur la région sous-claviculaire droite.*

Le 23. *Les urines précipitent abondamment par l'acide nitrique.* (Le malade avait éprouvé depuis hier quelques envies d'uriner, sans pouvoir rendre d'urine.)

D'ailleurs, point de nouvelle amélioration ; le délire s'était ajouté aux symptômes de la pneumonie dès la nuit du 19 au 20, et l'on fut obligé d'attacher le malade ; la pneumonie s'étendait de haut en bas à de nouvelles portions du poumon, et tout annonçait une terminaison funeste.

Le 24. *Les urines précipitent encore abondamment par l'acide*

nitrique. Ces urines, avant d'être traitées par l'acide nitrique, étaient un peu troubles et d'un jaune sale, et au fond du vase existait un léger précipité (le malade avait beaucoup sué). — Le précipité indiqué se dissolvait par l'acide nitrique.

L'état du malade s'aggrave de plus en plus; la respiration augmente de fréquence. On avait compté de 32 à 36 les jours précédents, bien que le malade ne ressentît aucune douleur, ne se plaignît d'aucune gêne de la respiration; ajoutons que nul crachat ne fut rendu pendant tout le temps que le malade passa dans notre service, ce qui n'est pas très-rare dans la *pneumonie du sommet.*

Mort à sept heures du soir.

Autopsie cadavérique 38 *heures après la mort.* — Les reins ont à peu près 12 centimètres de longueur sur 7 à 8 de largeur. Leur surface est d'un rouge sombre; leur capsule fibreuse, mince, transparente, se détache facilement, laissant à nu les *étoiles de Verheyen* fortement injectées, et se *détachant en teinte noirâtre* sur la surface rouge de la substance rénale, laquelle, exempte de toute granulation, est parfaitement lisse. La rougeur de l'extérieur des reins pénètre dans la substance corticale. Les mamelons offrent une couleur rosée, et sont très-allongés et pointus. *La membrane interne des bassinets et des calices est abondamment injectée, et en quelques points, violacée, comme ecchymosée; sa surface est inégale, grenue, et parsemée de points blancs un peu saillants, irréguliers, formés par des pseudo-membranes très-petites. Sur chaque rein, on trouve dans un des calices une fausse membrane d'un blanc-jaunâtre assez résistante, libre dans une partie de son étendue, adhérente dans le reste à la membrane sous-jacente. La surface interne des deux uretères est semblable à celle des bassinets, et tapissée aussi de quelques fausses membranes disséminées dans toute leur longueur.*

La surface interne des veines rénales est lisse et blanchâtre.

La vessie, à peu près vide, présente d'ailleurs une capacité sensiblement normale. Ses parois ont leur épaisseur ordinaire. La membrane muqueuse est lisse et blanche dans toute l'étendue du corps du viscère, mais elle offre un peu d'injection au pourtour du col. Dans toute la région du bas-fond, on rencontre çà et là des plaques pseudo-membraneuses minces, blanchâtres, fortement adhérentes à la muqueuse, qui est un peu injectée au-dessous et autour d'elles.

A l'embouchure vésicale de chacun des uretères, on trouve un paquet de fausses membranes d'un blanc-jaunâtre, assez résistantes, du volume d'une petite noisette, et adhérentes à la muqueuse, sur

laquelle elles forment un relief très-prononcé. La surface de ces paquets est inégale, et la muqueuse est peu injectée à leur voisinage.

Les pièces ci-dessus décrites ont été présentées par moi à l'Académie dans la dernière séance du mois de novembre 1847.

IV. *Mode d'action des cantharides sur les reins, ou nature de l'affection rénale dans l'albuminurie canthariđienne.* — Les observations qui viennent d'être rapportées ne confirment pas seulement ce que l'on savait déjà, de temps pour ainsi dire immémorial, savoir l'action irritante ou stimulante que les cantharides exercent sur le système génito-urinaire; elles prouvent aussi, de la manière la plus certaine, que l'un des effets, par lesquels se manifeste cette excitation, consiste dans la production d'une quantité plus ou moins considérable d'albumine que les urines entraînent avec elles, production dont les anciens observateurs n'avaient fait aucune mention.

Quel est le mécanisme qui préside à la formation de l'albumine dans l'espèce d'albuminurie accidentelle ou *artificielle* qui nous occupe, et, d'abord, dans quelle portion de l'appareil urinaire s'opère l'acte morbide auquel l'albumine doit ici sa naissance? Tout tend à prouver que, dans l'albuminurie cantharidienne, comme dans celle que M. Rayer désigne sous le nom de *néphrite albumineuse*, les reins sont bien réellement le siége de l'acte pathologique, d'où provient l'albumine que contiennent anormalement les urines. Mais est-ce dans le tissu propre des reins, est-ce dans la membrane séreuse ou séro-muqueuse qui tapisse le système excréteur de ces organes sécréteurs de l'urine, que s'opère cet acte pathologique? L'état où nous avons trouvé la membrane interne des calices et du bassinet, chez trois sujets qui ont succombé, semble nous inviter à placer, dans la membrane interne du système excréteur des reins, l'affection qui engendre l'albumine. Une considération propre à fortifier cette opinion, c'est que : 1° l'action locale des vésicatoires elle-même s'exerce sur un élément de la peau que l'on peut comparer, jusqu'à un certain point, au tissu séro-muqueux qui constitue la membrane interne des reins; et que 2° le produit sécrété par cet élément de la peau contient de l'albumine en abondance, comme le produit sécrété par l'élément des reins qui nous paraît être le siége, sinon unique, du moins principal, de l'action du principe actif de la cantharide, introduit par l'absorption dans le torrent circulatoire sanguin.

Si le rapprochement que nous venons d'établir est bien fondé, il s'ensuit que la portion de cantharides absorbée à la surface des vésicatoires, mise en contact avec la membrane interne du sys-

tème excréteur de l'urine, y produit une sécrétion accidentelle, analogue à celle déterminée par le vésicatoire sur la couche de la peau que tapisse immédiatement l'épiderme. Or, cette sécrétion, dans l'un et l'autre cas, fournit un liquide séreux, et l'on sait qu'un pareil liquide contient, comme le sérum du sang, une forte proportion d'albumine. Le liquide séreux, sécrété par la membrane interne de l'appareil excréteur des reins, se mêle à l'urine, et c'est là qu'on en démontre la présence par les réactifs que tout le monde connaît. L'action qui préside à la sécrétion de cette membrane interne des reins, comme celle qui préside à la sécrétion sous-épidermique déterminée par un vésicatoire, appartient à l'ordre des *irritations* dites *sécrétoires* (Dupuytren et Marandel) ; et, s'il est permis de se servir quelquefois d'un langage métaphorique en médecine, on peut dire que l'action exercée à l'intérieur des reins, dans le cas qui nous occupe, est une *vésication rénale*. Quoiqu'il en soit, si l'on admet que cette irritation sécrétoire a son siége essentiel dans la membrane interne des reins et non dans leur tissu parenchymateux, c'est par le mot d'*endonéphrite sécrétoire* ou d'*endonéphrite albumineuse*, plutôt que par celui de *néphrite albumineuse* qu'il convient de la désigner.

Répétons, en terminant, que, dans les cas où l'irritation s'élève au degré qui constitue l'inflammation, il y a aussi production d'un *secretum fibrineux* (*lymphe plastique de* Hunter).

De la curabilité et du traitement rationnel de la phthisie pulmonaire ; par M. le professeur FORGET.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

> « En adoucissant les symptômes, on
> « emporte toujours quelque chose
> « de la maladie principale. »
> BOERHAAVE (*Institut.*, 1244).

La thérapeutique moderne offre le spectacle singulier d'un tourbillon d'atomes éphémères qui brillent un instant pour s'évanouir et faire place à de nouveaux éléments non moins fugitifs.

La cause de cette fièvre stérile, de cette agitation dans le vide, se trouve dans l'émancipation substituée au joug d'une puissante doctrine ; c'est la réaction succédant à la compression ; c'est l'empirisme déchaîné, dansant sur les ruines d'un dogmatisme tyrannique. Aussi qu'arrive-t-il ? C'est que de ces mille remèdes, fruits avortés de l'illusion ou du mensonge, il ne reste rien dans la pratique, pas même le souvenir de leur passage ; car la légèreté qui les produit et l'insouciance qui les accueille les abandonnent bientôt pour courir après de nouvelles déceptions. C'est

ainsi que chaque jour amène sa pâture à l'insatiable avidité des praticiens, que tant de leçons ne peuvent convertir. Cependant, à ceux qui ont la facilité et la volonté de réfléchir, cette incessante fantasmagorie fournit un précieux enseignement : c'est qu'en fait de science il n'est rien de solide que ce qui est longuement observé, froidement mûri et basé sur le raisonnement qui, loin d'être en antagonisme avec l'expérience, ne fait que confirmer et consacrer celle-ci ; car aux yeux de la philosophie, il est impossible que l'expérience *vraie* soit en désaccord avec la *saine* raison.

Voyez ce qui arrive aux hommes sérieux et désabusés ; c'est qu'en définitive ils en reviennent aux errements classiques, pour ainsi dire, dans le grand chemin de la pratique. Observez les procédés des praticiens célèbres et mûris par l'expérience, vous serez étonnés de la simplicité, de la vulgarité même de leur thérapeutique : vous ne les voyez point donner dans les excentricités juvéniles et chatoyantes de la presse quotidienne ; paisibles spectateurs, ils laissent, sans s'y mêler, passer ces turbulentes saturnales. Il y aurait un curieux recensement à faire, ce serait celui des traitements usités par nos plus graves praticiens dans ces maladies qui, chaque jour, sont l'objet d'innovations curatives : la fièvre typhoïde, le rhumatisme, les diverses hydropisies, les tubercules, le cancer même : nul doute qu'on ne restât stupéfait du peu de traces laissées par le mouvement prodigieux de la thérapeutique depuis trente ans. Nous en offrirons un exemple frappant et qui ne manque pas d'actualité, c'est ce qui s'est passé durant le règne, heureusement assez court, du choléra épidémique à Paris ; des centaines de médications ont été formulées et appliquées contre cette fatale maladie ; or, tant de tribulations n'ont abouti qu'à consacrer le traitement usité de tout temps et en tous lieux contre le choléra pur et simple, à savoir : antiphlogistiques, sédatifs et révulsifs ; pas un spécifique n'a survécu. Eh bien! le cas échéant, (*di omen avertant!*) cette grande leçon serait perdue, et nous verrions se renouveler les mêmes aberrations ; ainsi va le monde, tant il est vrai de dire avec un sage : « L'expérience des pères ne profite pas aux enfants. » C'est que le mouvement est nécessaire à l'esprit aussi bien qu'à la matière.

Néanmoins, il n'est pas inutile de faire de temps en temps, comme le veut Bacon, le recensement de nos produits, le budget de nos richesses, afin de séparer, autant que possible, le bon grain de l'ivraie. C'est ce que nous allons tenter au sujet d'une maladie bien vulgaire, bien grave, et considérée généralement

comme désespérée, en dépit des encouragements apportés par l'anatomie pathologique et des espérances qui devraient surgir des succès proclamés de temps en temps : je veux parler de la phthisie ou tuberculisation pulmonaire. Nous nous bornerons ici à examiner deux questions intimement liées l'une à l'autre : celle du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire, et celle du traitement qui procure les résultats les moins malheureux.

§ 1er. *Du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire.* — La curabilité de certains cas de phthisie est démontrée, *anatomiquement*, par la cicatrisation des cavernes et par la dessication des tubercules réduits à l'état crétacé (Laënnec, Andral, Rogée, J. Boudet, etc.); *cliniquement*, par d'apparentes guérisons de phthisies constatées pendant la vie. Pourquoi donc la curabilité de la phthisie soulève-t-elle tant d'incrédulité parmi les observateurs les plus expérimentés ? Le voici : 1° ce ratatinement du sommet des poumons, qu'il est si fréquent de rencontrer dans les autopsies, n'est pas incontestablement le produit de cicatrisations tuberculeuses ; ce caractère n'est évident que lorsqu'il existe dans la cicatrice ou autour d'elle des tubercules secs, crétacés ; 2° ces tubercules crétacés, considérés comme des résidus de phthisie, sont toujours en très-petit nombre ; jamais on n'a rencontré de véritables farcissements tuberculeux, avec ou sans cavernes, dans cet état de sécheresse ou de cicatrisation ; 3° ces tubercules crétacés en petit nombre ne constituent pas une phthisie confirmée, telle que nous l'entendons ; rarement ils ont manifesté leur présence pendant la vie ; on les rencontre chez les individus les mieux constitués ; les vastes poumons de Broussais offraient, dit-on, de ces tubercules. En raison de leur petit nombre, il est impossible de les constater pendant la vie ; il est même douteux qu'ils aient jamais été ramollis ; qu'ils aient jamais suscité de notables accidents, etc. ; bref, ces cas de phthisie rudimentaire, occulte, ne peuvent entrer en ligne de compte. Ce dont il s'agit, c'est de savoir s'il y a guérison possible dans le cas de tuberculisation, bien et dûment constatée de par les procédés explorateurs, de par les symptômes fonctionnels et de par l'autopsie ; c'est de ceux-là que M. Louis a dit : « Si l'existence de la phthisie est bien constatée, on doit s'attendre à voir périr le malade. »

Cependant les prétendus cas de guérison de phthisie confirmée ne manquent pas dans les archives de la science ; il est même peu de praticiens qui ne prétendent en avoir observé et obtenu, pour leur propre compte. Or, dans notre opinion, voici ce qui se passe alors : soit une tuberculisation au premier ou au deuxième degré, caractérisée par la toux, les crachats floconneux, la matité

sous-claviculaire, la respiration rude ou le craquement humide, les hémoptysies, etc. ; un traitement quelconque est appliqué, la plupart de ces phénomènes s'amendent ou disparaissent, on proclame le malade guéri, on le perd de vue, et voilà, dit-on, *un fait acquis à la science.* Mais que les circonstances vous permettent de suivre le sujet ; patientez un an, deux ans, dix ans, et il vous arrivera probablement ce qui m'est arrivé, à moi-même, dans les cas suivants.

Premier fait. — M. S., étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans, de constitution lymphatique, pâle, sujet à tousser pendant l'hiver, a éprouvé antérieurement des hémoptysies, dont un nouvel accès l'amène à notre Clinique. Nous constatons : toux, crachats suspects, matité à la percussion et râles muqueux sous les clavicules, mouvement fébrile, etc. Plusieurs applications de sangsues sous les clavicules, les mucilagineux, les opiacés et les révulsifs procurent, dans l'espace d'un mois, la cessation de l'hémoptysie, de la toux, des crachats, des râles muqueux et de la fièvre ; il ne reste qu'un peu d'obscurité du son sous les clavicules. Nous nous croyons en droit de le dire guéri, nous le citons comme un exemple de ces bonnes fortunes si rares dans la pratique, car il a repris ses occupations ; mais au bout de *trois ans*, il nous revient, offrant les mêmes symptômes qui, cette fois, résistent aux mêmes moyens et à beaucoup d'autres. Cependant le sirop de morphine, qu'il prend à des doses énormes, tempère ses souffrances ; il languit une année encore et s'éteint dans le marasme, les poumons creusés de nombreuses cavernes, quatre ans après sa guérison.

Deuxième fait. — Il y a dans ce moment, de par la ville, un jeune garçon coiffeur que j'ai guéri d'une tuberculisation au deuxième degré, dans des circonstances et par des moyens analogues à ceux exposés ci-dessus, si ce n'est qu'ici les honneurs de la guérison paraissent devoir être attribués à l'huile de foie de morue ; il y a de cela quatre ans. Ce garçon, que je rencontre souvent, ne cesse de me témoigner sa gratitude ; mais il tousse, il souffre l'hiver, il est pâle, maigre, chétif, et je m'attends à le voir revenir un jour succomber entre les mains qui l'ont guéri.

Dans d'autres cas de tuberculisation plus manifeste, où l'on constate les signes du troisième degré, souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie, on peut encore obtenir des guérisons.

Troisième fait. — Un homme de trente ans, de constitution assez grêle, entre à la Clinique offrant des signes de tuberculisation avancée, notamment une caverne manifeste au sommet du poumon droit ; il est miné par la toux, les crachats et la fièvre.

Quelques saignées locales, les émollients, les calmants, les révulsifs, notamment l'huile de foie de morue, le sirop d'acétate de morphine et un cautère au bras, ramenèrent graduellement le calme, puis l'embonpoint; si bien qu'au bout de six mois environ tous les symptômes sont à peu près disparus, sauf un souffle caverneux *sec*, indiquant une caverne cicatrisée. Nous le conservons, nous le choyons comme un exemple de guérison de phthisie désespérée; enfin nous le renvoyons, mais en prédisant son avenir. En effet, le malheureux nous revient au bout de deux ans, les poumons criblés de nouvelles cavernes, et succombe à cette recrudescence de sa maladie.

Quatrième fait. — Mlle G... est une jeune fille de vingt ans, née de parents bien constitués; mais elle est grêle, pâle, ayant ce qu'on appelle une poitrine délicate, c'est-à-dire s'enrhumant avec facilité; elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Elle vient me consulter pour un rhume, et, à l'examen du thorax, je constate une vaste caverne au sommet du poumon droit. C'était en automne : je fais pressentir à ses parents que le mal est des plus graves, et qu'il est à craindre que l'hiver ne se passe pas sans catastrophe. Cependant un traitement approprié, notamment l'huile de foie de morue et l'acétate de morphine, modèrent les accidents, et la jeune fille reprend ses occupations, sauf quelques ménagements, comme de ne sortir que par les beaux jours. De temps en temps elle a recours à mes conseils. Un an se passe, puis deux, puis cinq, la malade continuant de courir la ville avec sa caverne, sauf quelque temps d'arrêt, en faisant mentir mon pronostic, qui pourtant finit par se réaliser, la pauvre fille ayant enfin succombé au bout de six ans.

Cinquième fait. — Une fille de trente et un ans, de constitution délicate, portant des cicatrices de scrofules, entre à la Clinique le 1er janvier 1839. Elle tousse depuis plusieurs années, n'a plus les règles depuis six mois, et a craché du sang il y a quelques jours. Amaigrissement notable, diarrhée et sueurs nocturnes. Nous constatons : matité, râles muqueux, souffle caverneux, pectoriloquie sous la clavicule droite; dyspnée, toux vive, crachats floconneux, mouvement fibrile. (Saignée de trois palettes, looch avec laurier-cerise, solution de gomme, soupe au lait.) Un peu de soulagement.

Le sixième jour, nous expérimentons l'acide hydrocyanique prôné par les journaux d'alors; nous le continuons pendant vingt-quatre jours, en le portant graduellement de 5 à 10 gouttes; la toux paraît modifiée; mais les autres phénomènes, notamment l'oppression, persistent au même degré.

Le trente-deuxième jour, nous revenons aux adoucissants, aidés de la digitale. (Solution de gomme, looch avec teinte de digitale, 10 gouttes.)

Nous employons ensuite l'opium, puis l'acétate de plomb et l'agaric blanc contre les sueurs, un vésicatoire au bras, etc.

Le cinquante-troisième jour, le mieux est décidé : les râles, le souffle caverneux, la pectoriloquie, la toux, les crachats, la dyspnée ont diminué. Cependant il y a quelques retours de fièvre : une petite saignée, dix sangsues sous la clavicule, répriment ces exacerbations; les émollients, les sédatifs, le régime doux sont continués.

Vers le milieu de mars (soixante-cinquième jour), de nouveaux phénomènes d'excitation exigent une nouvelle saignée. L'opium, la belladone, des ventouses sèches autour du thorax et sur les membres, sont mis en usage.

Vers le quatrième mois la toux a cessé, les forces et l'embonpoint reparaissent ; mais il y a toujours matité et souffle caverneux *sec* sous la clavicule droite.

Bref, la malade sort après cinq mois de traitement, paraissant et se disant guérie. Les règles n'ont pas reparu.

Elle est guérie, en effet, comme on guérit la phthisie confirmée, comme furent guéris les sujets précédents. Je n'ai pas revu la malade, mais j'ai la conviction qu'elle est allée mourir ailleurs.

Donc, l'expérimentation sûre, l'observation clinique, nous paraissent avoir démontré les propositions suivantes :

1° Il n'y a que les tuberculisations légères, rares, disséminées, occultes ou douteuses pendant la vie, qui soient susceptibles d'une solide guérison.

2° Les phthisies avérées, avec farcissement tuberculeux à tous les degrés, peuvent aussi donner lieu à des guérisons apparentes, mais temporaires, suivies, tôt ou tard, de recrudescence et de mort.

Et voilà pourquoi les praticiens expérimentés se montrent incrédules à l'endroit des prétendues guérisons de phthisies confirmées, lesquelles ne sont que des illusions ou des erreurs de diagnostic. Déjà Morton avait signalé ces rétablissements passagers, ces retours momentanés au calme et à l'embonpoint chez les phthisiques.

Ces données, toutes pratiques, sont susceptibles d'une interprétation toute rationnelle : dans la phthisie confirmée, il existe constamment, ou très-peu s'en faut, des myriades de tubercules, à divers degrés, dans le parenchyme pulmonaire. Que vous parveniez à réduire quelques-uns de ces tubercules à l'état inerte; que vous obteniez l'évacuation de quelques autres, et la cicatri-

tion des cavernes qui en résultent ; que vous arriviez même à déterminer la résolution, la résorption des tubercules rudimentaires, ce qui est fort problématique ; à côté de ces tubercules secs, de ces tubercules évacués, de ces cavernes cicatrisées, de ces granules résorbés, il en existe des milliers d'autres, qui marchent et feront tôt ou tard explosion ; le tubercule, assoupi lui-même, peut, tôt ou tard, se réveiller. Ce n'est pas tout : pour peu que la diathèse soit développée, des tubercules existent, ou se produiront dans d'autres organes essentiels à la vie, notamment dans le tube digestif, où l'on en rencontre presque toujours, et celui qui ne succombera pas par le poumon succombera par l'intestin ou par tout autre organe.

Pour obtenir la guérison, il est deux conditions essentielles : guérir la diathèse et guérir le tubercule ; ce sont là deux coefficients inséparables. Celui qui ne s'occupera que de corriger la diathèse et celui qui ne songera qu'à fondre les tubercules, échoueront également et nécessairement. Or, détruire la diathèse est chose d'autant plus difficile, que nous ignorons précisément en quoi elle consiste ; résoudre le tubercule est peut-être plus difficile encore, et si la théorie peut en faire admettre la possibilité, celle-ci n'est constatée par aucun fait bien avéré, comme le fait très-bien observer M. Louis ; si bien que, pour les autorités les plus graves, la tuberculisation n'est guérissable que par la dessiccation ou l'élimination de la matière tuberculeuse, et nous partageons cette opinion quant à présent, et sans désespérer des progrès ultérieurs de la thérapeutique.

Est-ce à dire qu'il faille abandonner les pauvres phthisiques aux ravages de la maladie? Non sans doute, et l'on vient de voir, par les observations ci-dessus, que nous sommes en droit d'espérer d'assez heureux résultats. La médecine qui soulage, qui calme les douleurs et qui retarde la mort, est peut-être aussi fréquemment utile que celle qui guérit ; elle suffit à la gloire de l'art et doit suffire à l'ambition de l'artiste.

Dans un prochain numéro, nous tracerons le traitement rationnel de la phthisie pulmonaire, en nous basant sur les grands principes fondamentaux qui doivent dominer la thérapeutique de cette affection.

De la névralgie générale, affection qui simule les maladies graves des centres nerveux, et de son traitement; par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

Il y a quelques mois, j'ai publié une observation qui a paru

curieuse au double point de vue des symptômes et de l'efficacité d'un traitement fort simple. Les symptômes étaient tels, que, si on avait voulu juger le cas d'après les connaissances qu'on peut acquérir dans les traités de pathologie, on aurait été nécessairement bien embarrassé. Ce n'est pas que de pareils faits n'aient dû se présenter un assez grand nombre de fois à l'observation : j'ai la conviction du contraire; mais c'est que les phénomènes auxquels donne lieu la maladie dont je vais m'occuper sont si variés, paraissent si graves et s'expliquent si bien par une lésion des centres nerveux, que souvent on a dû rester dans le doute, et que plus souvent encore on a dû, sans autre examen, s'arrêter à l'idée d'une affection encéphalo-rachidienne grave. Comme on le voit, il y a déjà là une question bien importante à étudier; car si les faits viennent démontrer qu'il ne s'agit, dans les cas de ce genre, que d'une simple névrose ayant son siége dans les nerfs superficiels, le pronostic sera bien moins fâcheux.

Mais ce n'est pas seulement sous ce point de vue que la maladie particulière et bien peu connue encore, dont il va être question, présente un vif intérêt au praticien. Nous savons, par expérience, qu'à moins d'être très-légères, les névralgies n'ont pas une grande tendance à se dissiper spontanément, et qu'un certain nombre d'entre elles vont, au contraire, toujours croissant et acquièrent ainsi un degré de gravité souvent très-élevé. Or, si l'on ne sait pas distinguer les cas dont il s'agit, ou bien on leur applique des moyens thérapeutiques qui ne conviennent point, ou bien on les néglige et on se contente de leur opposer quelques palliatifs, croyant avoir affaire à une maladie profonde des centres nerveux chronique et incurable, et le mal fait des progrès continuels, et les malades, devenus incapables de rien faire, souffrant beaucoup, ayant leurs principales fonctions troublées, sujets à des étourdissements, à des vertiges, jetés dans une prostration générale très-grande, peuvent rester longtemps dans ce fâcheux état. Je n'ai pas besoin d'en dire davantage pour faire comprendre combien la médecine pratique est intéressée à ce qu'une affection aussi insidieuse puisse enfin être reconnue avec facilité. Si je réussis, comme je l'espère, à en tracer nettement les caractères, ce sera encore une affection bien définie, enlevée à cette nombreuse et confuse classe des névroses dont tout le monde a signalé l'infinie diversité.

Je n'ai pas la prétention, toutefois, de donner, dans cet article, une histoire complète de la névralgie générale; je veux seulement, à l'aide des faits que j'ai recueillis, en tracer les principaux traits. Ces faits sont au nombre de quatre, y compris

celui que j'ai déjà publié. Ils ont été observés avec soin, et, bien que leur nombre soit peu considérable, on peut en tirer quelques conclusions d'une grande portée, sous les points de vue de la symptomatologie et de la thérapeutique.

Étiologie. — N'ayant que quatre faits à ma disposition, j'aurai peu de chose à dire relativement à l'étiologie. Ce n'est, en effet, que lorsqu'une circonstance se présente dans une proportion considérable des cas, qu'on peut voir entre elle et le développement d'une maladie un rapport réel de cause à effet. Il n'est guère que les cas, où l'affection est due à une violence extérieure, qui sortent de cette règle.

Je dirai d'abord que les sujets de ces quatre observations étaient des ouvriers qui, depuis quelque temps, se trouvaient dans des conditions hygiéniques peu favorables. L'un habitait un logement froid, humide, mal aéré ; les autres se nourrissaient mal et ne prenaient souvent aucune précaution contre les intempéries de l'air auxquelles ils s'exposaient. Il est donc probable que cette mauvaise hygiène est une cause de la maladie qui nous occupe.

N'ayant, dans mon service à l'Hôtel-Dieu (annexe), que des hommes, je n'ai rien à dire de l'influence du sexe. Mais il est une habitude des malades qui mérite d'être mentionnée : deux d'entre eux buvaient tous les matins, ordinairement à jeun, une quantité d'eau-de-vie qui variait d'un jour à l'autre ; qui quelquefois n'était que d'un seizième de litre, qui assez souvent s'élevait jusqu'à un huitième de litre, et qui, chez l'un d'eux du moins, allait parfois jusqu'à un quart. Lorsqu'on lira les observations que je présenterai plus loin, on comprendra combien il était important de signaler ce fait, car il n'est pas douteux que la pensée d'un *delirium tremens* ne se présente à l'esprit du lecteur, comme elle s'est présentée à moi. Mais outre que, lorsque j'étudierai le diagnostic, il me sera facile de faire voir qu'il y a de grandes différences entre l'état dans lequel se trouvaient les sujets et le *delirium tremens*, il suffit de faire remarquer que, chez deux de ces sujets, l'habitude de boire de l'eau-de-vie n'existait pas, et que, s'ils faisaient des excès, ils n'étaient pas assez fréquents pour qu'on pût leur rapporter la production de la maladie.

Je n'ai rien de plus à ajouter à cette étiologie, qui ne tardera sans doute pas à acquérir un assez haut degré de précision, dès que, les médecins ayant appris à distinguer l'affection dont nous nous occupons, nous pourrons rassembler un nombre un peu considérable de faits.

Symptomatologie. — Le premier symptôme que nous avons à étudier est la douleur. Ce symptôme est des plus importants, et il mérite d'autant plus de fixer l'attention du praticien, que les malades peuvent ne l'accuser que vaguement, et que, si on ne le recherche pas à l'aide d'une exploration méthodique, on peut facilement en méconnaître l'existence.

La douleur est, comme on va le voir, de nature essentiellement névralgique. Elle occupe, en effet, des points limités et plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces points sont sensibles à la pression. Ils sont parfois le siége d'élancements plus ou moins vifs et plus ou moins étendus, et ils se trouvent précisément là où l'on rencontre les points douloureux à la pression dans les névralgies ordinaires. Ainsi, on les trouve disséminées le long de la colonne vertébrale, dans différentes parties des espaces intercostaux, le long de la crête iliaque, à l'épigastre, à l'hypogastre, comme dans les névralgies cervicale, dorsale, lombaire ; le long du trajet des nerfs trifacial, occipital, cubital, radial, sciatique, etc. Comme dans les névralgies, c'est au point d'émergence, là où les nerfs deviennent superficiels, là où ils viennent se terminer dans la peau, que la douleur se manifeste. En un mot, il y a identité parfaite, de telle sorte que, quand même on ne voudrait pas admettre que la maladie tout entière consiste dans une névralgie, il faudrait au moins reconnaître que, quelle que soit l'affection à l'existence de laquelle on s'arrêterait, il y a complication, et qu'il existe des symptômes de névralgie qu'il est impossible de nier. Mais quand je traiterai du diagnostic, il me sera facile de démontrer, à l'aide des faits, que tous les symptômes peuvent très-bien se rapporter à une simple névralgie, tandis qu'ils ne peuvent être l'expression exacte d'aucune autre maladie connue.

Je pourrais donner un exemple bien frappant de l'existence de ces points douloureux multipliés, en reproduisant ici l'observation que j'ai publiée, mais les bornes de cet article m'en empêchent, et je dois me contenter de renvoyer le lecteur au Mémoire que je viens de citer. Tout ce que je dirai ici, c'est qu'il n'y avait presque pas de point du corps, où puisse se manifester une douleur névralgique, qui ne fût douloureux chez le sujet de cette observation. On verra que, dans les autres cas, le nombre des points douloureux était également très-considérable.

Un autre point sur lequel je dois insister, c'est qu'il ne faut pas se hâter de conclure d'un premier examen, souvent incomplet, que ces points douloureux n'existent pas. Il peut arriver,

en effet, que dans certains moments les douleurs ne soient nullement caractéristiques, et que le malade se plaigne seulement d'une douleur vague et générale, tandis que plus tard la douleur devient tout à fait pathognomonique. L'observation suivante, recueillie par M. Mailly, interne des hôpitaux, en est un exemple trop frappant pour que je puisse me dispenser de la mettre sous les yeux du lecteur.

OBS. I. — *Névralgie générale accompagnée de symptômes qu'on pouvait rapporter à une affection cérébrale; cautérisation transcurrente; guérison.* — Le nommé Duval, menuisier, âgé de quarante-sept ans, est entré à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 31 juillet 1847. Ce malade est d'une assez forte constitution. Venu à Paris à l'âge de vingt-quatre ans, il n'avait jamais été malade avant cette époque. Deux ans après, il fut pris d'une maladie de poitrine, qui paraît être une pneumonie. Il avait, en effet, une violente douleur de côté, beaucoup de difficulté à respirer, de la fièvre, et de plus ses crachats étaient jaunâtres. Il resta dix jours au lit pour cette affection dont il ne reste aucune trace.

Il y a environ quinze ans, il eut au cou un abcès aussi volumineux que le poing, qui dura très-longtemps, comme nous le dit le malade, mais sans pouvoir fixer la durée d'une manière plus précise. Cet abcès ne causait aucune douleur et ne troublait nullement sa santé; c'était probablement un abcés froid dont on aperçoit maintenant encore la cicatrice au côté droit du cou.

Quant à son genre de vie, le malade dit qu'ordinairement il prend une nourriture fort saine; mais que, dans ces derniers temps, le manque de travail l'a forcé à s'imposer des privations de tout genre, Il fait trois repas par jour, et à chacun de ces repas il boit un quart et quelquefois un demi-litre de vin. Il a pour habitude de prendre, tous les matins, environ un seizième de litre d'eau-de-vie, et souvent, dit-il, le dimanche, le lundi et les jours de fête, la dose était doublée ou triplée. Il ne s'est jamais aperçu cependant qu'il eût des tremblements dans les mains. Il n'a pas travaillé au plomb.

Il y a environ dix jours, il but environ un demi-litre d'eau-de-vie; en rentrant chez lui, il se sentit tout étourdi, et se coucha. Le lendemain, il fut pris d'éblouissements et de vertiges, surtout lorsqu'il marchait, et il fut de nouveau obligé de se mettre au lit; pendant son sommeil, il était réveillé par des secousses violentes et des soubresauts, et au réveil, il ressentait des douleurs dans divers points du corps. Il crut d'abord que le séjour au lit suffirait pour dissiper le mal; mais au bout de huit jours, voyant

cet état persister, il alla au bureau central, d'où il fut renvoyé dans le service.

État actuel, 1er août. Facies étonné et un peu souffrant. Le malade se plaint d'être vivement courbaturé. La peau est fraîche, le pouls est assez résistant (60 puls.), la langue est tremblante, un peu noirâtre au milieu; il n'y a cependant rien du côté du tube digestif; l'appétit est encore assez bon, le ventre souple et nullement ballonné ; il n'y a pas de gargouillement, et les selles sont régulières (une par jour).

Les battements du cœur sont normaux. On trouve une résonnance normale à la percussion, dans toute l'étendue de la poitrine, et à l'auscultation on entend le murmure vasculaire parfaitement pur.

La sensibilité paraît obtuse sur plusieurs points du corps, aux membres et à l'abdomen ; mais c'est surtout aux membres supérieurs que ce phénomène est remarquable; une piqûre assez vive ne détermine pas de douleurs, dans toute la région antibrachiale ; au tronc, à la face, la sensibilité est normale.

Le malade se plaint de quelques douleurs à la poitrine, au niveau des espaces intercostaux; la pression développe bien de la douleur au niveau de ces espaces et le long du rachis ; ainsi qu'aux membres; mais ces douleurs n'ont rien de précis ni de régulier. Le malade se plaint également d'une douleur intense à la tête; il existe un point douloureux assez remarquable, à l'issue et sur le trajet du nerf sous-occipital gauche; il n'y a pas de douleur au niveau des parois abdominales.

Les forces sont notablement diminuées; ainsi le malade, qui paraît assez vigoureux, ne serre que très-faiblement la main: ce phénomène se remarque à un égal degré des deux côtés. Lorsque le malade est sur son séant, il éprouve des éblouissements, des vertiges; s'il est debout, il paraît ne pas pouvoir se tenir sans s'appuyer, sa démarche est lente, mal assurée, vacillante; mais il ne paraît pas y avoir plus de faiblesse dans un des membres abdominaux que dans l'autre. Il dit avoir éprouvé beaucoup de fatigue à parcourir le trajet du bureau central à cet hôpital, trajet qu'il a fait à pied (il avait été de chez lui au bureau central en voiture).

Lorsqu'on lui fait étendre les mains, on y remarque un tremblement très-manifeste.

Les organes des sens paraissent intacts. L'ouïe est peut-être un peu obtuse; mais cette obtusion serait, au dire du malade, l'état normal, et par conséquent indépendante de l'affection qui

l'amène dans le service. Quant aux sécrétions, elles sont parfaitement normales.

Le 2 août. L'examen attentif du malade fait voir que les douleurs, qui paraissaient peu précises le 1er, sont maintenant bien nettes et bien tranchées.

Il existe toujours un point douloureux au niveau du nerf sous-occipital gauche; de plus, le long du rachis, depuis la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la moitié du sacrum ; les douleurs sont plus intenses au niveau des deuxième, cinquième et huitième dorsales, d'où elles se prolongent dans les espaces intercostaux correspondant seulement jusqu'aux limites de la paroi postérieure du tronc. Il existe également des douleurs à la partie interne des deux bras. A l'abdomen il n'y a point de douleurs. Il en existe une très-légère au scrotum, au niveau du testicule gauche ; mais on n'en trouve point sur le trajet du nerf iléo-scrotal correspondant. Pour les membres abdominaux, la pression développe, il est vrai, quelques points douloureux au niveau du nerf sciatique et même à la partie antérieure sur le trajet du nerf crural ; mais ces douleurs ne sont pas bien caractérisées. Ainsi, il n'en existe pas à l'issue du nerf sciatique, ni au niveau de la tête du péroné, ni en arrière de la malléole interne, c'est-à-dire dans les points où on les rencontre ordinairement. La faiblesse est la même qu'il y a deux jours ; le malade se sent un peu moins fatigué, mais il éprouve toujours des éblouissements et de l'hésitation lorsqu'il est debout ou qu'il marche. Les autres fonctions sont dans le même état.

Le 6. L'état du malade étant exactement le même que les jours précédents, on procède à la cautérisation transcurrente. On éthérise d'abord le malade qui, après environ deux secondes d'inhalation, ne tarde pas à devenir complétement insensible. On trace alors une raie de feu au niveau du nerf sous-occipital gauche, puis tout le long du rachis, depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'au coccyx, sur le sommet des apophyses épineuses, puis dans les deuxième, cinquième, huitième espaces intercostaux, en la prolongeant un peu sur la partie antérieure de la poitrine des deux côtés. Le malade ne manifeste aucune douleur pendant l'opération, il reste même insensible à l'application sur les brûlures de compresses imbibées d'eau froide. Au bout d'une minute environ, il sort de cet état ; il paraît très-exalté, très-gai, prononce des paroles incohérentes, rit aux éclats, et ne paraît pas soupçonner ce qu'on vient de lui faire.

Ce soir à 3 heures. Le malade se trouve très-bien ; le facies est moins étonné, moins fatigué ; il dit n'avoir rien senti ce

matin ; actuellement il éprouve un léger picotement au niveau des brûlures, mais il n'a pas de céphalalgie, et il lui semble qu'il est plus alerte.

Le 7 août. L'état du malade est le même qu'hier soir ; il a assez bien dormi cette nuit. Il ne se plaint que de démangeaisons au niveau des parties cautérisées. Il existe une légère rougeur au niveau de ces points, mais elle est très-limitée ; il n'y a d'ailleurs ni tension, ni gonflement.

Le 8. Les brûlures sont complétement indolentes ; on examine le malade : la pression ne détermine plus de douleur dans les points où elle existait auparavant, excepté toutefois pour les jambes, qui n'ont pas été soumises à la cautérisation ; mais ces douleurs sont aussi vagues et aussi peu limitées qu'auparavant. La sensibilité est moins obtuse ; la force paraît légèrement augmentée : il serre un peu mieux ; il se lève et marche avec assez d'assurance ; il ne se plaint plus des éblouissements qu'il éprouvait avant l'opération.

Le 12. Les plaies sont complétement cicatrisées ; il n'y a plus de douleur notable. L'action de serrer avec la main est manifestement beaucoup plus énergique ; la sensibilité, qui était très-obtuse sur les avant-bras et à l'abdomen, est maintenant normale ; le malade ne se plaint pas de douleurs dans les jambes. Il se trouve très-bien, se promène sans éprouver de fatigue, et repose bien.

Le 18. L'amélioration s'est soutenue ; cependant le malade accuse de nouveau des douleurs dans les membres abdominaux ; la pression les développe ; elles sont peu intenses, et n'existent toujours que sur une partie du nerf sciatique, et en avant sur un point du nerf crural, sans se montrer au niveau des foyers principaux. On propose au malade de pratiquer en cet endroit la cautérisation ; mais il refuse par pusillanimité. Du reste, l'état général est très-satisfaisant. La force est complétement revenue : il serre la main avec énergie, il n'y a ni éblouissements, ni vertiges.

Le 24. Le malade s'est bien trouvé ces derniers jours. Il a encore éprouvé les même douleurs dans les jambes ; mais, comme les autres ont complétement disparu, et qu'il se trouve très-bien sous le rapport des autres fonctions, il demande sa sortie et quitte le service.

Réflexions. — On voit que si, dans ce cas, on s'était hâté de conclure le premier jour, on n'aurait eu qu'une idée très-fausse du nombre des points douloureux et de leurs caractères. Ces points douloureux n'étaient pas, sans doute, aussi nombreux que dans

le cas dont j'ai mentionné déjà l'observation; mais ils occupaient une grande étendue du corps, et on ne peut pas alors s'empêcher de reconnaître dans ces deux cas la même maladie. Mais les autres symptômes viennent bien plus encore établir l'exactitude de cette manière de voir. Ainsi, nous retrouvons, dans ce cas, la faiblesse générale, les tremblements, la démarche vacillante, et, de plus, des éblouissements, des étourdissements sans délire, ni convulsions d'aucune espèce, et sans fièvre.

Je n'ai pas à m'expliquer actuellement sur la valeur de ces derniers symptômes; j'aurai à y revenir plus loin; mais il en est un autre qui a été très-exactement constaté et sur lequel il importe de s'arrêter un moment, je veux parler de l'insensibilité de la peau aux avant-bras et à l'abdomen. Il paraîtra peut-être extraordinaire à ceux qui ne se sont pas livrés à une étude très-attentive des névralgies, de trouver ici ce symptôme, qui paraît être étranger à ces affections. Quant à moi, ce n'est pas la première fois que j'observe un pareil phénomène. Il me suffit de mentionner, à ce sujet, un fait qui a été signalé par M. Notta, dans son *Mémoire sur le traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente*, et observé dans ma division à l'Hôtel-Dieu (annexe). Dans ce cas, une portion de la peau de la cuisse était insensible, le malade était affecté d'une sciatique; et ce qu'il faut noter, c'est que, chez ce sujet, comme chez celui dont il s'agit ici, le traitement ordinaire des névralgies réussit très-bien contre l'anesthésie. Cette insensibilité n'en établit pas moins une différence entre ce cas et celui dont je parlais plus haut, puisque, dans celui-ci, la sensibilité de la peau était exaltée; mais cela prouve uniquement que ces deux phénomènes opposés peuvent exister dans une seule et même affection : la névralgie.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer la grande et prompte efficacité du traitement dans ce cas. Non-seulement les douleurs se sont promptement calmées; mais encore la sensibilité de la peau est revenue, les étourdissements se sont dissipés, les forces ont reparu dans les membres, et le malade a pu quitter l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

J'ai eu soin, comme on l'a vu, de n'avoir recours au traitement qu'après quelques jours de séjour du malade à l'hôpital et lorsqu'il était évident que la maladie restait stationnaire; en sorte qu'on ne peut attribuer cette amélioration rapide et cette guérison qu'au traitement lui-même.

(La suite à un prochain numéro.)

De l'asthme nerveux et de son traitement; par M. Sandras, médecin de l'hôpital de Beaujon.

(Bulletin général de Thérapeutique, février 1848.)

L'asthme était regardé dans l'ancienne médecine, et passe encore aujourd'hui, dans l'opinion des gens du monde, pour une maladie très-commune; dans la science des organiciens et des anatomo-pathologistes, au contraire, l'existence réelle, essentielle, de cette affection est à peine admise et souvent révoquée en doute. Cette différence tient à ce que les médecins des âges passés s'attachaient, comme aujourd'hui les gens du monde s'arrêtent aux symptômes qui les ont frappés, et ne remontent pas à des lésions hors de leur portée, et à ce que les médecins modernes ont trouvé des causes matérielles à tant de maladies réputées essentielles, et particulièrement à l'asthme, qu'ils en sont venus presque à douter même de la possibilité de cet être, dont ils ne peuvent pas conserver le squelette. Il est certain, en effet, qu'une grande partie des asthmes, admis par les anciens et les gens du monde, ne sont pas autre chose que des maladies du cœur, des gros vaisseaux, ou des poumons. On les apprécie le plus souvent ainsi chez les vivants; on les démontre sur les cadavres; et toutes ces altérations, hypertrophies des ventricules avec ou sans dilatation, endocardites aiguës ou chroniques avec ou sans déformation des valvules, soit artérielles, soit veineuses, soit ventriculo-auriculaires, péricardites générales ou partielles, avec adhérence du cœur, ou avec épanchement séreux ou séro-albumineux, aortites avec ou sans concrétions calcaires, avec ou sans ulcérations, avec dilatation ou rétrécissement, affections des poumons, tubercules, catarrhes chroniques, emphysèmes, adhérences des plèvres, épanchements thoraciques généraux ou partiels, œdèmes de la glotte, des bronches ou des poumons, ont tellement diminué le nombre des véritables asthmes qu'on n'en rencontre presque plus.

Dans l'immense majorité des cas où les symptômes de l'asthme se montrent, le médecin qui examine bien son malade reconnaît que le mal remonte à une des altérations que je viens d'indiquer. La précision du diagnostic moderne ne laisse le plus souvent aucun doute sur l'origine véritable des symptômes qu'on observe, et, plus tard, l'autopsie cadavérique vient confirmer le diagnostic qui avait été porté, ou même quelquefois vient compléter un diagnostic organique jusque-là resté douteux. Mais, cette large part faite à l'anatomie pathologique, l'expérience clinique me semble prouver péremptoirement que certains asthmes

restent encore en dehors de toutes les altérations dont je viens de rappeler la fréquence. Ce sont ces cas exceptionnels qui constituent l'asthme nerveux.

Je dois même ajouter que, dans la pratique, il me semblerait déraisonnable de ne pas tenir compte quelquefois de l'affection nerveuse, même là où des désordres matériels existent et ont été formellement reconnus. C'est une vérité pour moi incontestable, et d'une haute importance. Elle me paraît incontestable, parce que des causes, agissant exclusivement sur le système nerveux, provoquent sous mes yeux des asthmes de cette nature ; parce que les symptômes, la marche de l'accès, le développement de la maladie, m'offrent tous les caractères des affections nerveuses ; parce qu'enfin cet état matériel ne subit pas, en bien comme en mal, les changements qu'indiquerait l'asthme, s'il était le produit du trouble anatomique. Elle me paraît tres-importante, parce que la thérapeutique, établie sur ces données, obtient un succès que l'état matériel, envisagé et traité tout seul, ne comporte pas.

Je crois donc rarement à l'asthme nerveux, mais j'y crois certainement.

Je supprime ici, et réserve pour le traité que j'imprime en ce moment sur les maladies nerveuses, les descriptions de l'asthme, l'étude de ses causes, de sa marche, les règles du pronostic qu'il comporte, et j'arrive immédiatement à ce qui fait la spécialité de ce recueil, la thérapeutique.

Le traitement de l'asthme doit être examiné de plusieurs points de vue : 1° traitement palliatif de l'accès ; 2° traitement d'une série d'accés ; 3° traitement de la maladie. Nous allons l'exposer à ce triple point de vue.

La première chose à faire pour soulager un malade dans un accès d'asthme est de lui donner la position la plus commode pour respirer, de lui élever la tête, de le soutenir sans qu'il fasse d'efforts, d'appuyer ses bras et ses coudes, de manière à aider la dilatation de la poitrine, d'éloigner tout corps capable d'empêcher le renouvellement de l'air qu'il respire. En même temps, on prend tous les moyens possibles pour renouveler l'air, sans exposer le malade à un froid capable de l'enrhumer ; on ouvre les portes, les fenêtres, quand la saison le permet ; on évente activement autour de lui, on rafraîchit l'atmosphère et on l'agite.

Mais, le plus souvent, ces précautions sont insuffisantes, et on y ajoute tous les remèdes capables de calmer le système nerveux, et ceux qui peuvent soulager les poumons en appelant le sang dans d'autres organes.

Parmi les premiers se trouvent les potions éthérées, opiacées, belladonées. Ces dernières ont sur les autres un avantage particulier, celui de rendre la respiration moins fréquente ; les préparations de digitale pourprée partagent le même avantage. C'est entre ces deux derniers moyens que je partage ma préférence ; j'emploie plus volontiers, et plus souvent la belladone chez les gens nerveux ; la digitale, au contraire, chez les sujets où domine le système circulatoire central.

Wilson prétend avoir obtenu des succès par l'application du galvanisme dans les dyspnées compliquées d'asthmes ; Haller conseille la saignée de la veine jugulaire pendant l'accès ; M. Castel, les pédiluves chauds et l'eau froide en boisson ; Elliotson, la lobélie ; M. Ferrus, la fumée du datura stramonium. Je n'ai pas essayé le moyen préconisé par Wilson, et j'ai peur qu'il ne soit plutôt théorique que pratique. La saignée de la jugulaire, d'après les idées modernes, doit avoir, suivant moi, les avantages ou les inconvénients de toutes les autres saignées. Les moyens conseillés par M. Castel rentrent dans la classe des palliatifs les plus innocents ; la lobélie d'Elliotson, détrônée ailleurs, risque fort de perdre ici sa dernière influence. La fumée du datura stramonium, dont je parlerai plus loin, est certainement un remède utile dans l'asthme, et aucun fait ne m'a paru jusqu'à présent justifier les craintes que Ducamp a jadis éveillées sur son compte.

Le second ordre des moyens à employer immédiatement dans l'accès se compose de manuluves aussi chauds que possible, et supportés pendant quelques minutes ; de bains d'avant-bras de même température ; de sinapismes ou de cataplasmes sinapisés sur les avant-bras, les bras, entre les épaules, rarement à l'épigastre ; d'applications ou de fomentations irritantes, au moyen d'un liniment volatil plus ou moins chargé d'ammoniaque. On peut avoir recours aux moyens préconisés par M. Castel. Dans d'autres occasions, on provoque avec avantage une autre sorte de révulsion, en appelant non des vomissements, mais des vomituritions par quelques petites cuillerées de sirop d'ipécacuanha, et surtout par quelques gorgées d'une potion simple, additionnée de 0,05 ou 0,10 de tartre stibié. Ces moyens, employés avec intelligence, procurent ordinairement du soulagement.

Un remède assez étrange a été dernièrement proposé et employé avec une grande faveur par M. le docteur Ducros, c'est la cautérisation du pharynx au moyen de l'ammoniaque assez concentrée. Un pinceau, chargé de ce liquide, est porté par lui au fond de la bouche, sur la paroi postérieure du pharynx. Le malade est

immédiatement soulagé, dit-il, par l'action de l'ammoniaque sur les courants nerveux qui passent là. La théorie de ce moyen ne mérite pas d'être discutée : d'abord, parce que rien absolument n'en établit la valeur rationnelle; ensuite, parce que j'ai vu le soulagement arriver de même chez un de mes malades, à qui un de mes élèves avait, par erreur, fait une application de créosote, au lieu de celle d'ammoniaque qui avait été prescrite; en troisième lieu, parce que le soulagement s'obtient tout aussi bien sans porter le pinceau aussi loin et en touchant seulement le fond et la voûte du palais, ou les amygdales. De cette dernière façon, on risque moins d'irriter directement la glotte et de porter trop loin l'angoisse momentanée qui suit en général ces applications. Voici comment les choses arrivent ordinairement : la bouche ouverte, la langue abaissée, le médecin touche, avec un pinceau de charpie trempé dans la solution ammoniacale, les parties indiquées plus haut; puis il retire son pinceau. Immédiatement le malade est pris d'un accès de suffocation assez marquée, et, après quelques instants d'angoisse plus ou moins pénible, suivant les dispositions nerveuses du sujet, suivant l'intensité de la cautérisation, et surtout selon que le malade aura inspiré ou expiré la vapeur d'ammoniaque pendant que le pinceau était aux environs de la glotte, il tousse à plusieurs reprises, et rejette en grande abondance des mucosités buccales; puis, à la suite, des mucosités épaisses, spumeuses, provenant des bronches. Cette expectoration continue à se faire pendant à peu près un quart d'heure, et elle se soutient et se répète encore à plusieurs reprises, même plusieurs heures après l'opération. Les parties touchées se montrent, quand on les examine, enflammées et couvertes d'une sorte d'eschare mince, superficielle, pultacée, d'un blanc grisâtre. Au bout de vingt-quatre heures, quand cette légère eschare sera détachée, on verra à nu, vers le points qu'elle recouvrait, des ulcérations superficielles qui seront promptes à se revêtir de bourgeons charnus de bonne nature, et à se cicatriser. A la suite des évacuations multipliées des bronches, les malades se trouvent soulagés. C'est du moins ainsi que j'ai vu les choses chez les individus affectés de catarrhe chronique, chez ceux que tourmente l'emphysème pulmonaire, et, ce qui nous intéresse le plus ici, chez de véritables asthmatiques. Les cas où j'ai obtenu le plus de soulagement ont été incontestablement ceux où la plus abondante expectoration bronchique a suivi la cautérisation. Je n'ai rien gagné par ce moyen, quand la cautérisation a provoqué seulement l'expulsion de la salive de la bouche, sans évacuation du larynx ou des hronches.

C'est un résultat qui arrive assez souvent pour mériter d'être noté.

Je dois faire remarquer que l'application de ces cautérisations par l'ammoniaque est assez pénible, pour que je ne la conseille que dans les cas où le médecin se sent justifié, pour ainsi dire, par la nécessité.

Cette nécessité m'est démontrée quand les accès d'asthme se prolongent ou se répètent de manière à compromettre la vie du malade ou à la transformer en véritable supplice. Les cautérisations ammoniacales modérées, bornées aux amygdales et au voile du palais, m'ont paru alors assez souvent avantageuses, pour que je ne craigne pas d'en recommander l'usage. Un accès d'asthme, qui a été ainsi interrompu, est ordinairement suivi de plusieurs jours sans retour d'étouffement; on s'est donné le temps de travailler efficacement à la cure de la maladie dans son ensemble. Si d'ailleurs ce moyen répugne trop au malade, ou si le médecin lui-même redoute la suffocation momentanée qui suivra l'application de l'ammoniaque, soit à cause de la sensibilité qu'il connaît à son malade, soit à cause de sa faiblesse, soit parce qu'une première expérience lui a prouvé qu'il a affaire à un de ces cas exceptionnels, où la cautérisation ammoniacale n'amène pas de véritable expectoration, on pourra légitimement prétendre à peu près au même soulagement, avec un peu plus de temps, par des moyens plus doux, mais doués aussi d'une certaine efficacité. Tels sont les suivants : un julep ordinaire, additionné de 4 à 8 gouttes d'ammoniaque, de 1 à 3 décigrammes de carbonate d'ammoniaque, de quelques décigrammes de foie de soufre, de 5 ou de 10 centigrammes de tartre stibié; des prises de 1 ou 2 décigrammes de poudre de digitale pourprée, de 1 ou 2 milligrammes de digitaline; l'usage de deux ou trois pilules contenant chacune 1 décigramme d'extrait de datura stramonium; la combinaison de l'action médicatrice du datura avec celle de la belladone, en ajoutant aux pilules indiquées ci-dessus 2 ou 3 centigrammes d'extrait de cette dernière plante; l'emploi de l'extrait d'aconit à la dose du stramonium; mais je l'ai rarement trouvé efficace; enfin l'emploi de quelques pipes de feuilles de stramonium fumées, comme l'a conseillé surtout M. Ferrus, au moment où l'étouffement commence. Ce moyen est utile de deux manières : d'abord et incontestablement par son action calmante sur les organes respiratoires; ensuite parce qu'il produit fort souvent une inflammation superficielle de toute la peau de la bouche, un peu analogue à celle de l'ammoniaque directement appliquée. A l'aide de tous ces moyens, invoqués suivant les indications et les antécédents, on pourra fort souvent enrayer la

série d'accès d'asthme dont un malade est menacé, et le soulager notablement pour la durée de l'invasion qu'il ressent; et d'autant plus que l'usage de ces remèdes n'empêche pas de recourir, dans chaque accès, aux moyens que j'ai indiqués plus haut pour un soulagement immédiat. MM. Lebreton, Laënnec, Marjolin, se sont bien trouvés aussi, dit-on, de l'application de deux plaques aimantées sur la poitrine. C'est une manière de mettre en pratique le remède conseillé par Wilson. Il y aurait peut-être avantage, dans quelques cas, à insister sur l'électrisation avec ou sans acupuncture; mais tous ces moyens sont si peu sûrs dans leur action, si infidèles quand il s'agit d'affections nerveuses, quelquelquefois si héroïques, et, dans d'autres occasions, si contraires, que je n'ose pas les conseiller. Jusqu'à nouvel ordre, je crois plus sage d'attendre que les indications en aient été bien étudiées. J'avoue que mon expérience pratique n'est pas suffisante en ce qui les regarde, et je ne me fie pas à ce qui en a été dit.

Mais ce n'est pas à ce seul palliatif que le médecin doit borner son rôle; dans des circonstances bien déterminées, il peut légitimement porter ses prétentions plus loin et aspirer à la guérison définitive.

C'est en vue de ce résultat que nous avons insisté plus haut sur certaines causes de l'asthme et sur les affections générales dont il est souvent une des expressions les plus pénibles. Jetons un coup d'œil rapide, à ce point de vue, sur la thérapeutique de la maladie dans son ensemble.

Sur l'hérédité, les âges, le sexe, je n'ai rien à conseiller de particulier; il n'y a qu'à insister sur les précautions générales, d'autant plus que la prédisposition sera plus marquée. Quand l'asthme résultera d'un état nerveux, de l'hystérie, de l'hypochondrie, le traitement le meilleur sera certainement celui qui combattra le mieux les maladies originaires. Nous avons exposé ailleurs ces traitements, nous n'avons donc pas besoin d'y revenir; qu'il me suffise de renvoyer aux articles qui regardent ces maladies. Je ferai remarquer pourtant que le traitement général devra rester subordonné en quelque sorte à celui des accès d'asthme ou des séries d'accès qu'on observera. Je veux dire par là, seulement, que, pendant l'invasion de l'asthme, c'est à la cure palliative, à la cure de soulagement, qu'il faudra s'attacher à peu près exclusivement. Les accès passés, on retournera avec avantage à la thérapeutique générale. Toutes les fois d'ailleurs que les moyens de la grande et de la petite médecine pourront être employés simultanément, il sera sage de les employer en con-

currence. S'ils se ressemblent, les actions seront les mêmes ; il en faut profiter et choisir ceux-là de préférence. Quand ils seront opposés, on tâchera, suivant le moment de la maladie, de faire dominer dans le traitement ceux qui sont plus utiles contre le mal général ou contre le symptôme ; on s'arrangera surtout de manière à ce qu'ils ne se puissent jamais nuire.

Cette règle, pour le choix à faire dans les moyens thérapeutiques, est assez souvent facile à suivre dans les asthmes qui ont pour cause générale l'état nerveux, l'hystérie ou l'hypochondrie ; elle n'est pas moins impérieuse, moins obligatoire dans les autres natures d'asthmes, mais elle n'y est pas toujours aussi aisée à pratiquer.

Dans l'asthme goutteux, l'accès doit souvent être traité comme dans l'asthme simple ; c'est le cas le plus ordinaire. Dans d'autres occasions, on a besoin de rappeler sur un point, ordinairement occupé par la goutte, le mal qui s'en est en quelque sorte déplacé. C'est le cas d'appeler à son aide, comme nous l'avons dit plus haut, les topiques irritants, mis et laissés sur le siége ordinaire du gonflement et de l'irritation goutteuse jusqu'à ce que la maladie ait repris sa marche normale, les bains locaux très-chauds, les applications chaudes, salées ou enflammantes, les emplâtres irritants, vésicants, caustiques même au besoin. La première méthode thérapeutique conviendra dans les asthmes peu intenses, dans les gouttes irrégulières, très-chroniques, chez les sujets mous et nerveux ; la seconde sera plus souvent nécessaire chez les sujets sanguins, dans des gouttes habituellement régulières, et surtout quand l'accès d'asthme sera d'une violence compromettante. Mais, dans tous les cas, quels que soient la goutte et l'asthme, le traitement de la goutte, avant, après, et souvent même pendant l'asthme, devra toujours être fait avec beaucoup de soin et de prudence. Quand on a affaire à des sujets détériorés par de longues invasions des deux maladies compliquées, on a besoin de se gouverner avec la plus grande réserve, pour ne pas compromettre, en vue d'une guérison qui a peu de probabilité, la vie de son malade. Autant il aura été sage, dans les premières atteintes, de combiner tous les efforts pour triompher radicalement du mal, s'il était possible, autant il sera bon de le limiter, dans les derniers temps, au soulagement palliatif possible.

Je n'ai rien d'ailleurs de nouveau à dire sur la cure de la goutte quand elle se combine avec l'asthme. Les conseils qui m'ont paru les meilleurs, quand j'ai parlé de la goutte à propos de la névralgie, me semblent encore, à très-peu de chose près, les plus utiles

contre la goutte, cause de l'asthme. Les boissons alcalines, le régime doux, l'usage tempéré de la teinture de semences de colchique d'automne en feront la base; je mettrais un peu plus de réserve dans l'administration des bains alcalins, sans les proscrire tout à fait, et j'y ajouterais l'emploi intérieurement, suivant les occasions, de tous les remèdes spéciaux de l'affection asthmatique. Loin de se contredire, je suis sûr, par expérience, que ces moyens combinés produiront un résultat aussi avantageux que possible.

L'asthme nerveux de cause rhumatismale sera traité pendant l'accès comme s'il était simple; comme maladie, il suivra dans l'ensemble les indications qui concernent les affections rhumatismales chroniques. Un usage fréquent des aromatiques légers, dits sudorifiques, des bains savonneux et souvent sulfureux, des bains de vapeur généraux ou locaux, l'usage dans la saison des eaux sulfureuses, de celles du Mont-Dor, de Néris, ou d'Aix, en boissons, en bains, en douches; les frictions sèches ou calmantes, ou aromatiques, ou volatiles, ou camphrées suivant les indications; les précautions les plus minutieuses contre les changements de température, des vêtements de laine sur la peau, tels sont les moyens dont l'ensemble mérite d'être recommandé contre ces affections rhumatismales, et qui, bien choisis et bien administrés, peuvent mener même à guérison l'asthme dont nous parlons.

Née de la syphilis, cette affection exige l'emploi le plus opiniâtre et le plus rationnel des agents thérapeutiques capables de combattre les accidents tertiaires de cette maladie. Heureusement la science moderne est, comme nous l'avons dit plus haut, riche en bons remèdes contre cette maladie. La connaissance acquise de la nature du mal, on appliquera le remède d'après les principes que nous avons développés plus haut. On y mettra à la fois encore plus de lenteur et plus d'insistance, jusqu'à ce qu'un changement notable dans ces symptômes vous ait prouvé que vous avez réussi. L'essence syphilitique de l'asthme est une raison pour espérer qu'au bout d'un temps suffisant on obtiendra du moins une guérison relative. Provisoirement, on s'attachera d'ailleurs à modérer les symptômes; rien n'empêche que, dans les accès, on prescrive, contre les étouffements, les remèdes ordinaires, à condition qu'on ne perdra pas de vue le mal originaire qu'il faut guérir.

Si les moyens dont je viens de parler, soit pour soulager dans les accès, soit pour abréger la durée de chaque attaque d'asthme, soit enfin pour remédier à l'essence de la maladie,

n'obtenaient pas le résultat qu'on peut légitimement attendre, il resterait encore une ressource, on pourrait conseiller au malade de changer de climat. Le docteur Bree, dans ses *Recherches pratiques sur les désordres de la respiration*, et Ducamp, qui en a fait la traduction, insistent avec raison sur ce moyen ultime de salut. Ils rapportent des exemples remarquables d'asthmes produits par le séjour dans certains endroits, dans certaines demeures, dans certaines villes, et guéris par un changement de lieu. J'ai été moi-même frappé par un exemple analogue : un asthmatique, de ma connaissance, étouffait incessamment à Paris ; il est allé habiter la Flandre, sa patrie. Toutes les personnes qui le connaissaient ont été étonnées, au bout de trois ans, du changement qui s'était fait en lui : l'asthme avait complétement disparu, sans que le malade eût rien fait autre chose que de changer de place. J'avoue néanmoins qu'on serait trop heureux si l'on voyait toujours de pareilles affections si bien guéries à ce prix.

Contre les asthmes nerveux qui se montrent en même temps que des altérations organiques quelconques, je n'ai guère de conseils particuliers à donner ; là comme pour toutes les espèces que nous venons de parcourir, il faudra s'attacher surtout à soulager l'accès par les moyens indiqués ; mais on ne pourra penser à la guérison définitive de l'asthme que quand on aura lieu d'espérer la guérison du vice organique dont il dérive. C'est dire que la thérapeutique sera le plus souvent palliative et rien de plus.

Observations pour servir à l'histoire de l'inflammation et de la suppuration du cœur : par le docteur **David Craigie**, membre du Collége royal des médecins, etc.

(Archives générales de Médecine, février 1848.)

La cardite est une maladie qui figure dans la plupart des classifications nosologiques, telles que celles de Sauvages, de Vogel, de Sagar, de Cullen, d'Young et de Mason-Good. Cette maladie se trouve également plus ou moins complétement décrite par les auteurs des monographies ou des traités complets de médecine. Il est incontestable cependant, pour tout observateur digne de ce nom, que l'anatomie pathologique et la description que tous les auteurs fournissent de cette affection, ainsi que les opinions qui sont répandues, relativement à ses conditions de développement, laissent beaucoup à désirer, et sont entourées de beaucoup d'incertitudes et de difficultés.

Si l'on consulte Baillie, cette maladie est rare ; elle n'est presque jamais primitive, mais bien le résultat d'une inflammation du péricarde, qui gagne ensuite le tissu cellulaire et les fibres

musculaires du cœur. Corvisart a publié, sous le nom de *cardite*, plusieurs observations qui, par le fait, ne sont autre chose que des exemples d'*inflammation du péricarde*. En 1808, le docteur John Ford Davis a fait imprimer un petit travail intéressant, intitulé *Recherches sur les symptômes et le traitement de la cardite, avec des observations et des autopsies*. Dans ce travail, l'auteur a fait connaître trois faits, tous avec inflammation du péricarde, présence de fausses membranes, et adhérence générale de la séreuse au cœur. Dans le premier de ces faits, relatif à un enfant de 7 ans, la substance musculaire du cœur n'était pas altérée ; dans le second, observé chez une jeune fille de 16 ans, il y avait évidente inflammation de l'endocarde du ventricule droit, et peut-être aussi du ventricule gauche, mais sans changement dans la substance musculaire; enfin dans le troisième, chez un jeune enfant de 12 ans, il existait, avec les traces ordinaires de l'inflammation et de l'adhérence du péricarde, une inflammation de la substance musculaire du cœur, qui s'étendait à une certaine profondeur, avec augmentation du volume de cet organe, pâleur et flaccidité de ses fibres.

Toutes ces observations ont été presque généralement regardées comme des exemples non pas de *cardite*, mais de *péricardite*. Le dernier auteur que nous venons de citer s'est lui-même rangé à cette opinion; car, dans un second travail, qu'il a publié en 1832, sur la *péricardite* ou le *rhumatisme du cœur*, il a rapporté quatre nouveaux faits, qu'il considère comme des exemples de *cardite* ou de *péricardite*. Depuis l'époque de la publication du travail de M. Davis, de nombreux travaux ont été consacrés à l'histoire de la péricardite, considérée dans ses rapports avec le rhumatisme; et par suite, il est devenu plus facile d'établir des distinctions anatomiques entre la cardite et la péricardite. Laennec avait d'abord adopté l'opinion de Baillie, et soutenu que, si l'inflammation de la substance du cœur n'est pas rare, lorsqu'elle est partielle et très-circonscrite, l'inflammation générale de la substance cardiaque, à l'état aigu ou chronique, est une circonstance presque inouïe dans les annales de médecine. Mais, plus tard, Laennec reconnut la possibilité du développement de cette inflammation, en présence de deux faits, dont l'un appartient à Meckel l'ancien, et l'autre à M. Stanley. Depuis cette époque aussi, les faits de cette espèce se sont multipliés, et j'ai pensé qu'il ne serait pas sans importance de présenter ici un court extrait des observations les plus complètes de cette espèce.

OBS. I. — Un enfant âgé de 12 ans, d'une santé délicate,

mais habituellement bien portant, fut apporté à l'hôpital, le 20 avril 1816. Il était malade depuis la veille, et présentait des symptômes fébriles très-prononcés. Le lendemain, même état; douleurs dans le membre inférieur gauche; délire et agitation dans la soirée; le troisième jour, persistance du délire sans tendance au coma; dilatation de la pupille. Lorsque le malade était interrogé, il désignait sa tête comme l'endroit d'où il souffrait le plus; le quatrième jour, il tomba dans l'affaissement; la respiration s'embarrassa; la mort eut lieu dans l'après-midi. A aucune époque, le malade n'avait accusé de douleur vers la poitrine, ou présenté des irrégularités dans les battements du cœur, ou dans les pulsations artérielles. A l'*autopsie*, on ne trouva, du côté du cerveau, qu'une turgescence générale des vaisseaux sanguins. Le péricarde renfermait 4 ou 5 onces de sérosité trouble, mêlée de flocons pseudo-membraneux. Les deux feuillets de la séreuse étaient tapissés çà et là d'une fausse membrane d'aspect réticulé. Le cœur offrait un volume en rapport avec l'âge du sujet; ses fibres étaient d'un rouge foncé, presque noir; elles étaient ramollies et facilement déchirables. En regardant attentivement la coupe de la substance musculaire de chaque ventricule, on distinguait de nombreux petits abcès disséminés çà et là entre les fibres musculaires, et contenant une matière purulente d'une couleur foncée. Plusieurs de ces abcès étaient profondément situés, près de la cavité ventriculaire; d'autres, plus superficiels, soulevaient en quelque sorte le feuillet viscéral du péricarde. Le fibres musculaires des oreillettes étaient ramollies et gorgées de sang, mais sans infiltration purulente. Caillots sanguins volumineux dans toutes les cavités du cœur. L'endocarde était fortement injecté, ainsi que la partie inférieure de la trachée et des bronches. (Stanley, *London med.-chir. trans.*, 1816.)

On ne saurait nier que, dans ce cas, le tissu musculaire du cœur présentât des traces d'inflammation, bien que l'infiltration purulente eût eu lieu dans le tissu cellulaire intermusculaire, qui est assez abondant dans le cœur. La preuve que le tissu du cœur lui-même était enflammé, c'est que les fibres musculaires avaient perdu beaucoup de leur consistance.

Obs. II et III. — Le docteur Latham, dans ses *Pathological essays on some diseases of the heart*, a signalé deux exemples de suppuration du cœur : dans l'un, tout cet organe était profondément teint en rouge-brun par le sang; sa substance était ramollie, et, en coupant les deux ventricules, on voyait sourdre de divers points et de l'interstice des fibres musculaires d'innom-

brables petites gouttes de matière purulente. C'était le résultat d'une inflammation des plus rapides et des plus aiguës, qui s'était terminée par la mort deux jours après le développement des premiers accidents. — Le second fait offre un exemple d'une marche beaucoup plus chronique, et la cardite s'annonçait par des symptômes tranchés du côté du cœur. Il existait un abcès dans l'épaisseur du ventricule gauche, abcès fermé, en dehors, par une portion du péricarde adhérente au cœur, et touchant, en dedans, à une portion ossifiée de la membrane interne.

Obs. IV. — Parmi les nombreuses préparations que renferme le musée d'anatomie pathologique de M. Langstaff et celui de l'Université d'Édimbourg, il en est quatre qui se rapportent, plus ou moins immédiatement, à la cardite. Dans l'une d'elles, un large abcès, à surface interne irrégulière, et renfermant de la lymphe plastique et de la matière purulente, occupait toute la longueur de la cloison du cœur, et communiquait, par un petit orifice de la grosseur d'une plume d'oie, avec le ventricule gauche. Ici l'inflammation paraissait avoir occupé la cloison d'une manière plus particulière. Un an auparavant, le malade avait présenté les symptômes d'une pneumonie. La mort avait été subite.

Obs. V. — Un gantier, âgé de 50 ans, petit et bien constitué, se plaignait d'une sensation de gêne vers la région de l'estomac et sous le sternum. Cette sensation augmentait par tous les exercices du corps. L'appétit était bon, le ventre libre, la langue nette, quoiqu'un peu chargée à son centre ; la face pâle, le pouls normal. Rien à l'auscultation. Tous ces symptômes duraient depuis six semaines et se reproduisaient par accès. Peu à peu, les accès se rapprochaient, et le moindre mouvement suffisait pour les ramener ; les douleurs se propageaient jusque dans le bras gauche. Le 22 mars, M. Salter fut appelé auprès du malade ; il le trouva assis sur son lit, en proie à une grande oppression ; il mettait la main sur le sternum, pour désigner le siége de ses souffrances. Les battements du cœur étaient naturels, la face pâle et altérée ; sentiment d'une fin prochaine. Ces accidents de suffocation continuèrent, le 22 et le 23, avec peu de changement. Le malade succomba le 24, avec toute sa connaissance, 65 heures environ après l'apparition des symptômes aigus. A l'*autopsie*, on trouva un engorgement sanguin très-considérable de la presque totalité du poumon gauche et une assez grande quantité de sérosité dans les tuyaux bronchiques. Forte congestion des vaisseaux placés en dehors du péricarde, avec de nombreuses ecchymoses. Pas d'épanchement dans l'intérieur de ce sac menbraneux. Le cœur, assez ferme, renfermait des caillots

tout à fait blancs ou jaunâtres, adhérant très-intimement aux parois internes du cœur, qui n'étaient nullement altérées. Commencement d'ossification dans l'aorte ascendante. Le ventricule gauche avait perdu entièrement sa couleur, excepté dans une très-petite étendue ; il était d'un beau jaune et fournissait du pus sous le scalpel ; dans quelques points, il existait de petites cavités depuis la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois, toutes remplies de matière purulente. (*London med.-chir. trans.*, p. 73 ; 1839.)

On voit par cette observation que l'inflammation de la substance du cœur peut déterminer, indépendamment d'une suppuration diffuse, une espèce de ramollissement des fibres musculaires, qui offre tantôt une coloration brunâtre, tantôt une coloration plus ou moins pâle. Corvisart et M. Bouillaud ont rapporté plusieurs exemples de ces espèces de ramollissement.

Obs. VI.—Une domestique, qui était exposée à l'humidité en travaillant dans des caves humides et en couchant dans une chambre d'une maison récemment construite, fut prise, à 13 ans, d'un rhumatisme goutteux aigu. Trois ans après, nouvelle attaque de ce rhumatisme, qui laissa après lui une rétraction des doigts et des orteils. Vingt ans après, le rhumatisme articulaire se montra de nouveau ; il occupa toutes les articulations, et se termina en quinze jours, mais en laissant les extrémités inférieures œdémateuses. Quatre mois après, battements irréguliers et tumultueux du cœur, douleurs lancinantes à la région précordiale, gêne de la respiration et syncope, qui dura une heure. Ces symptômes augmentèrent, les syncopes devinrent plus fréquentes ; la malade succomba quinze jours après. Le lobe inférieur des deux poumons était induré ; le cœur avait doublé de volume ; il était mou et flasque ; le ventricule gauche dilaté, et ses parois amincies ; la valvule mitrale épaissie et cartilagineuse ; orifice auriculo-ventriculaire réduit à un diamètre de 6 lignes. La surface postérieure et supérieure de l'oreillette gauche, le tissu musculaire du cœur, offraient de petits points blanchâtres, marbrés de rouge, et trois ou quatre tumeurs sphéroïdales, de 2 à 3 lignes de diamètre, soulevant le péricarde, qui était sain, et contenait une matière opaque, purulente et sanieuse. L'appendice auriculaire du même côté était dur, solide, volumineux, et renfermait de la matière purulente, sanieuse. (Raikem, *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1809.)

Obs. VII. — Un chirurgien âgé de 58 ans, sujet aux rhumatismes, fut pris d'accidents caractérisés par le refroidissement des extrmités, par de la faiblesse générale, de la dureté et de la

rétraction du pouls, par des battements tumultueux du cœur et de la gêne dans la respiration. Il mourut dans une syncope. Au-dessous de la couche adipeuse du cœur, on trouva une demi-douzaine d'abcès. L'endocarde était injecté dans divers points, et à travers la transparence de cette membrane on distinguait, sur un des piliers de la valvule mitrale, deux points d'un blanc jaunâtre, au-dessous desquels se trouvait de la matière purulente; un de ces abcès était creusé dans l'épaisseur d'un pilier. Les portions enflammées de la membrane étaient tapissées d'une exsudation peu épaisse. Dans différents points de la cloison, on observait des abcès de 2 ou 3 lignes de diamètre, tous remplis d'une matière purulente d'un blanc jaunâtre. Les points de la substance du cœur où il n'existait pas d'abcès étaient d'un gris jaunâtre, ramollis, et se déchiraient au moindre effort. (Simonnet, *Thèse sur la cardite partielle et générale.*)

Dans plusieurs des observations précédentes, l'inflammation du cœur paraissait se rattacher à une affection rhumatismale antérieure ou concomitante. Le fait suivant paraît se rapporter plutôt à une phlébite, et à une infection purulente consécutive.

Obs. VIII. — Chez un jeune soldat de 19 ans, qui entra à l'hôpital du Gros-Caillou, au quatrième jour d'une variole, il survint des abcès, des eschares et une hydropisie avec phlébite du membre supérieur gauche. Après la mort, qui eut lieu au cinquante-cinquième jour, on trouva, à la base du ventricule gauche, derrière la valvule mitrale, dans l'épaisseur de la partie charnue du cœur, un abcès, gros comme une noix, contenant de la matière purulente blanchâtre, bien liée, homogène, renfermée dans une espèce de kyste et ne présentant aucune communication ni avec l'intérieur, ni avec l'extérieur du cœur; aucune autre trace de suppuration vers le cœur.

Obs. IX. — Dans un cas d'inflammation partielle de la substance du cœur, rapporté par M. Gintrac, il existait, dans l'épaisseur du ventricule gauche et près de la surface, un abcès qui s'était rompu dans le péricarde.

Obs. X. — Un enfant de 14 ans, affecté d'une maladie du cou-de-pied, fut pris tout d'un coup de convulsions épileptiformes, et tomba dans un état demi-comateux, avec dilatation des pupilles, distension des veines jugulaires, faiblesse du pouls, urine rare, constipation. Grâce à un traitement énergique, la connaissance revint en quelques heures; mais, dans la nuit, les accidents reparurent, et la mort eut lieu le lendemain. Le péricarde était épaissi et fortement adhérent au cœur; un abcès, contenant environ 2 onces de pus, s'étendait d'une oreillette à

l'autre, en contournant la pointe du cœur; il était logé dans l'épaisseur de cet organe. (Richard Chambers, *The Lancet*, 1844, p. 557.)

Obs. XI — Un enfant de 13 ans, délicat et scrofuleux, habituellement bien portant, fut pris, dans la soirée du 21 décembre 1845, d'une douleur vers la tête et vers l'estomac; quelques heures après, abattement, perte de connaissance incomplète; dans la nuit, coma, avec contraction des pupilles, torsion de la bouche et mouvements convulsifs des membres. Mort dans la journée du lendemain. Congestion légère des veines et des sinus de la dure-mère; une demi-once de liquide trouble dans le péricarde; le cœur, parsemé de points ecchymotiques d'un volume variable, depuis celui d'une pointe d'aiguille jusqu'à celui d'un tiers de pouce, plus nombreux sur le ventricule gauche, et plus particulièrement à sa partie postérieure et supérieure; à la face antérieure du cœur, on apercevait un point plus enflammé, de l'étendue d'un schelling, couvert par une fausse membrane et d'un aspect rugueux. En incisant transversalement sur ce point, on découvrit une fissure qui communiquait avec un abcès, offrant les dimensions de la tache. Le stylet, introduit dans cette cavité, pénétrait librement dans la cavité des ventricules. (Docteur Chance, *The Lancet*, 1846.)

Obs. XII. — Un cordonnier, âgé de 60 ans, fut pris, pendant qu'il travaillait, de coma, de cyanose et d'une prostration considérable. Lorsque M. Stallard arriva auprès de lui, il le trouva couvert d'une transpiration visqueuse et froide, la peau d'une couleur bleue; le pouls mou et faible, à 60; la respiration lente et dans un état voisin du coma. Sous l'influence de quelques excitants, le malade revint peu à peu à la connaissance, mais il s'éteignit deux jours après. Il existait un abondant épanchement séreux et comme sanguinolent dans les deux plèvres, une congestion sanguine générale des poumons. Le cœur était gras, flasque et un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire; le péricarde contenait une once environ de sérosité trouble. En incisant le ventricule gauche, on découvrit, à sa pointe, un abcès de forme irrégulière, à 2 ou 3 lignes de profondeur, et faisant une saillie notable vers la cavité du ventricule, avec laquelle il communiquait par une petite fissure. La cloison de séparation avait 1 ligne d'épaisseur, et paraissait formée par l'endocarde hypertrophié. La cavité de l'abcès renfermait un liquide purulent, mêlé de sang. La surface interne était d'un rouge vif et d'un aspect granuleux. Autour de l'abcès, la substance musculaire était plus foncée, et dans l'épaisseur du même ventricule on voyait plusieurs fissures contenant de la fibrine à peine décolorée et ne

communiquant pas avec la cavité ventriculaire. (*Transactions of med. and provinc. association*, t. XV; 1847.)

Obs. XIII. — Une dame veuve, âgée de 35 ans, était réduite, par une grande misère, à vivre dans une espèce de cave, à 4 ou 5 pieds au-dessous du sol. Elle était atteinte, depuis six ou sept semaines, d'une affection rhumatismale du genou droit, lorsque je la vis pour la première fois au mois d'avril 1843. L'articulation était très-gonflée, et presque déformée. Les battements du cœur à 108, avec un peu de souffle au premier temps; rien à la percussion; bruit de souffle dans les deux carotides, qui présentaient des battements assez forts. En examinant avec attention l'abdomen, je reconnus une tumeur à la région hypogastrique, et le stéthoscope me montra que c'était une grossesse. La malade, qui jusque-là avait présenté une grande excitabilité, entra dans une espèce de fureur, lorsque je lui dis qu'elle était enceinte; le lendemain, elle entra dans un délire tel qu'il fallut lui mettre la camisole de force. Ses paroles étaient incohérentes, elle avait des visions, et la langue était agitée d'un tremblement continuel. Elle n'avait pas fermé l'œil un seul instant pendant la nuit. De nouvelles informations apprirent que cette femme avait cherché à se faire avorter, et que, en outre, depuis quelque temps, elle s'adonnait à l'usage des boissons fortes, pour oublier ses chagrins. Elle resta à peu près dans le même état, c'est-à-dire dans un délire tantôt furieux, tantôt modéré, jusqu'au 4 mai, qu'elle succomba. Dans les derniers temps, elle avait eu plusieurs accès de dyspnée. On avait constaté un peu de matité dans la région précordiale, la présence d'un bruit de souffle au premier temps et une espèce de bruit de frottement à la partie inférieure du sternum,

A l'*autopsie*, on constata, du côté du cœur, un peu d'épanchement opaque, jaunâtre, dans le péricarde; la surface des feuillets viscéral et pariétal de cette membrane tapissée d'une couche pseudo-membraneuse, mince sur les ventricules, un peu plus épaisse sur la base du cœur et sur les oreillettes; la valvule mitrale offrant un commencement de cartilaginification. Les valvules aortiques étaient très-malades : la droite était percée, près de son bord adhérent, d'une ouverture qui conduisait sous l'endocarde, dans une petite cavité, et près de son angle gauche, d'une autre ouverture, un peu plus grande. La valvule médiane ou postérieure était criblée de trous, et extrêmement ramollie; elle était tapissée de lymphe plastique rougeâtre, excepté à son bord adhérent. Elle offrait à son bord supérieur ou aortique une ouverture et une cavité semblables à celles de la valvule droite. La

valvule gauche seule n'était pas perforée ; mais elle présentait, près de son angle droit, une pseudo-membrane rougeâtre. Les deux premières valvules, ainsi que l'angle droit de la valvule gauche, avaient été détachées par la suppuration ; et une cavité renfermant du pus s'était formée dans l'épaisseur des oreillettes. Cette cavité elle-même était divisée en deux compartiments, par la cloison auriculaire; elle comprenait également une partie de la portion inférieure de l'aorte. Chaque abcès formé ainsi dans l'épaisseur des oreillettes faisait une saillie vers la cavité auriculaire; et chacune de ces dernières cavités renfermait de la matière purulente mêlée au sang. Les parties voisines des oreillettes étaient épaissies, infiltrées de sang et ramollies. L'utérus contenait un fœtus de six mois. L'articulation du genou renfermait un liquide trouble ; la membrane synoviale était épaissie en certains points, ramollie et comme ulcérée dans d'autres. (*Obs. recueillie par l'auteur.*)

Ici, nous voyons un exemple de rhumatisme synovial ou capsulaire du genou, avec inflammation et suppuration diffuse des oreillettes, et avec péricardite. Il n'est pas facile de déterminer quelle a été la maladie primitive, de l'inflammation de la membrane synoviale ou de celle du cœur. Elles peuvent avoir été concomitantes dans leur origine, et diverses circonstances me portent à croire qu'il en a été ainsi. On croit et l'on professe généralement que le rhumatisme est la cause de l'inflammation du péricarde et de l'endocarde; mais il est des cas dans lesquels l'affection de ces membranes séreuses se montre en même temps que l'affection rhumatismale, si même elle ne la précède. Assez souvent, ce sont les mêmes conditions de l'organisme et peut-être aussi du sang qui entraînent en même temps le développement de l'endocardite ou de la péricardite, et de celui de l'inflammation rhumatismale des membranes synoviales. Qu'y a-t-il d'étonnant, après cela, que ces mêmes conditions puissent entraîner, avec le rhumatisme, l'inflammation et la suppuration de la substance musculaire du cœur? Dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, le travail inflammatoire avait porté, d'une part, sur les oreillettes, dans lesquelles il avait déterminé de la suppuration, et de l'autre, vers les portions voisines de l'aorte, en particulier sur les valvules aortiques, presque entièrement détachées du cylindre de l'artère. La complication de ces altérations avec le *delirium tremens* ne mérite pas moins d'être signalée. Cette dernière affection tenait en partie aux habitudes d'intempérance de la malade, en partie à des causes morales, mais peut-être aussi à quelque altération pathologique du sang et de l'or-

ganisme. On sait, en effet, avec quelle facilité peut survenir le *delirium tremens*, pendant le cours d'une maladie du poumon, du cœur, du foie ou des reins.

Tous les faits que nous avons rassemblés dans ce travail offrent, nous le croyons du moins, des exemples d'inflammation, soit du tissu musculaire du cœur, soit du tissu cellulaire filamenteux interstitiel, soit enfin de ces deux tissus en même temps. Il est bien difficile de comprendre qu'un seul de ces tissus puisse être enflammé, sans que l'autre participe à l'inflammation; et que l'on dise que le travail inflammatoire commence dans le tissu cellulaire, pour s'étendre de là au tissu musculaire, ou qu'il envahit de prime abord le tissu musculaire pour gagner ensuite le tissu cellulaire, le résultat est le même.

Il est donc impossible aujourd'hui de douter que la substance musculaire du cœur ne puisse être affecté par l'inflammation, et qu'elle ne puisse offrir les caractères ordinaires de la phlegmasie: le ramollissement et la fragilité des fibres, l'infiltration de matière purulente. La cardite se présente, en effet, sous trois formes: le *ramollissement* et la *fragilité des fibres*, l'*infiltration purulente par gouttes et par petits abcès*, enfin les *abcès circonscrits*. L'inflammation du cœur est souvent aiguë et rapide; d'autres fois, sa marche est lente et chronique. Les abcès appartiennent plus particulièrement à cette dernière forme; la suppuration générale et l'infiltration purulente à la première. La cardite peut occuper tout l'organe dans quelques cas; dans d'autres elle n'en occupe qu'une partie; ou bien, après avoir été générale, elle se circonscrit à une partie de l'organe.

Dans tous les cas de cardite aiguë ou suraiguë, la substance musculaire présente une coloration rouge-brun; elle est ramollie; çà et là le sang, la sérosité sanguinolente, les globules de lymphe et de pus, sont extravasés et infiltrés au sein du tissu enflammé.

En ce qui touche les symptômes extérieurs de cette affection, les faits sont encore trop peu nombreux et trop anormaux pour qu'on puisse en tirer des inductions positives; d'un autre côté, leurs circonstances sont tellement confuses et tellement contradictoires que l'on trouve à peine deux ou trois points de contact. C'est ainsi que, dans trois cas, tous observés chez de jeunes sujets, les symptômes indiquaient si nettement une affection du cerveau, que le traitement fut seulement dirigé contre les accidents cérébraux. Dans deux autres cas, les symptômes se rapportaient aussi bien à une affection des organes respiratoires, qu'à une maladie du cœur. Les accidents revenaient périodiquement et par accès; et dans les intervalles, les souffrances va-

riaient à des degrès divers. A peine peut-on dire que, dans un seul cas, les symptômes se rapportaient au cœur exclusivement. Dans le cas de rhumatisme cependant, cette dernière circonstance pouvait établir des probabilités en faveur d'une affection quelconque de l'organe central de la circulation.

Autant qu'on peut juger par les faits connus, la cardite est une maladie qui se termine généralement par la mort. Rien ne peut faire croire que lorsque cette maladie est, une fois établie, et qu'elle a altéré le tissu musculaire, ce tissu puisse revenir à ses conditions normales, et le malade survivre à ces accidents. Je n'ignore pas que M. Bouillaud a professé que la cardite peut entraîner la formation d'un sac anévrysmal dans l'épaisseur des parois du cœur. Sans doute il n'est pas impossible que l'anévrysme du cœur puisse être l'un des effets de l'inflammation ; mais pour cela, il faudrait non-seulement que l'inflammation fût très-circonscrite, mais encore qu'elle fût tout à fait chronique ; c'est-à-dire qu'elle pût rendre les fibres musculaires peu consistantes dans un point, sans détruire en aucune manière leur organisation et leur continuité ; autrement dit, que les fibres pussent prêter graduellement et lentement, de manière à constituer la poche anévrysmale. Or, dans tous les cas d'inflammation chronique connus, la désorganisation était telle, que les fibres ne pouvaient céder sans se déchirer. La seule manière dont je puis comprendre la formation de ces anévrysmes à la suite de l'inflammation du cœur, c'est par l'inflammation de l'endocarde, et par l'altération lente et consécutive du tissu musculaire sous-jacent.

La thérapeutique a bien peu à prétendre dans la cardite, tant à cause de la difficulté du diagnostic que de la gravité extrême de cette affection. Il est probable cependant que les émissions sanguines, et dans les cas de rhumatisme, les divers traitements employés avec succès contre cette dernière maladie, pourraient avoir quelques avantages. Peut-être aussi ne devrait-on pas négliger les moyens qui agissent sur l'ensemble de l'organisme, les délayants et les altérants par exemple.

Quelques considérations sur le genre acné (varus ou dartre pustuleuse d'Alibert, comprenant la couperose, la mentagre, etc.,) et particulièrement sur l'acné sebacea du visage; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Revue médicale, janvier 1848.)

Après les découvertes de *Malpighi*, les glandes sébacées de la peau ont acquis une grande importance dans la pathologie cu-

tanée ; et divers auteurs, tant du siècle dernier que de celui-ci, n'ont pas hésité à placer dans ces glandes ou *follicules* le siége de diverses éruptions et notamment celui de l'*Acné* (dartre pustuleuse d'*Alibert*).

Morgagni établit que la connaissance de ces glandules importe grandement aux notions étiologiques et thérapeutiques relatives aux maladies de la peau.

Astruc indique le siége de la couperose dans les glandes sébacées, celui de l'*ecthyma* et de l'*urticaire* dans les glandes miliaires qu'il regarde comme distinctes des précédentes, celui de la teigne dans les follicules pileux (1).

Lorry regarde les glandules de la peau comme les conduits excréteurs destinés, dans l'état de maladie, à porter au dehors les produits viciés de nos humeurs, et place dans la dilatation de ces glandes et des ramuscules vasculaires de la peau le siége des vésicules et des pustules.

Quelques Allemands modernes pensent que toutes les petites saillies formées par les diverses éruptions ne sont autre chose que les glandes sébacées ou les follicules pileux enflammés.

Ces auteurs ne craignent pas de confirmer, par les progrès de la micrographie moderne, les idées de nos prédécesseurs sur l'étiologie humorale et dépuratrice du plus grand nombre des maladies de la peau, dites spontanées ou de cause interne, et de fournir ainsi une base anatomique et expérimentale à cette étiologie, l'un des restes les plus tenaces du galénisme antique.

Quoiqu'il en soit, et pour nous en tenir à ce qui regarde le genre *Acné*, tout le monde s'accorde aujourd'hui à placer le siége des pustules dans les follicules cutanés.

Mais, outre les formes pustuleuses bien caractérisées de cette éruption qu'*Alibert* avait si judicieusement décrites dans sa première classification, sous les noms de dartre pustuleuse *Couperose*, dartre pustuleuse *Mentagre* et *dartre pustuleuse disseminée ;* Biett, le premier, a signalé avec raison une lésion spéciale des follicules sébacés qui donne lieu à une altération de sécrétion sans formation de pustule, qu'on connaît aujourd'hui sous le nom d'*acne sebacea.*

Cette variété, qui n'a été observée qu'au visage, a pour caractère principal la formation d'une sorte d'enduit gras, concret et presque croûteux, qui simule très-bien les croûtes de l'*impétigo*

(1) Relativement à l'*urticaire*, un savant micrographe, le docteur Gruby, de Vienne, a constaté que cette éruption offre, en effet, pour lésion matérielle, une dilatation des glandules et des canaux sudorifères, avec exsudation d'une certaine quantité de sérosité dans les mailles du derme.

(mélitagre ou dartre crustacée d'*Alibert*) et que l'on a confondu quelquefois avec les squammes et les croûtes des *syphilides*, ou même avec les petites concrétions croûteuses qui revêtent les ulcérations rongeantes du *noli me tangere*.

Ces méprises sont plus d'une fois devenues la source de pronostics faux et trompeurs et d'essais thérapeutiques impuissants ou nuisibles.

C'est ainsi que j'ai vu émettre des craintes pour le mariage de jeunes filles que l'on croyait atteintes d'une affection dartreuse grave et susceptible de se transmettre par hérédité, accuser faussement la conduite de sujets restés purs de toute infection vénérienne, épuiser sans succès tout l'arsenal des spécifiques anti-dartreux, enfin attacher un pronostic des plus graves et des plus fâcheux à une affection généralement fort bénigne et fort innocente.

Pour éviter de pareilles erreurs, il suffit de bien se graver dans l'esprit le siége, les caractères extérieurs, la marche, les suites de l'affection folliculeuse que j'ai indiquée sous le nom d'*acne sebacea*.

Toujours affectant une région plus ou moins circonscrite du visage, le nez, la joue, la lèvre supérieure, les sourcils, le front, la tempe, l'*acne sebacea* se montre cependant dans certains cas sous la forme d'une sorte de masque squammo-croûteux, d'un gris sale ou d'un jaune-terreux gras au toucher, à surface inégale et irrégulière qui recouvre presque toute la face et quelquefois aussi le cuir chevelu. Cet enduit concret se détache assez facilement dans le plus grand nombre des cas, et alors la peau sous-jacente conserve sa coulenr naturelle ou est plus ou moins rougie, mais ne présente jamais les excoriations pustuleuses de l'*impétigo*. Ordinairement, la croûte se reproduit peu à peu, sans qu'on observe d'exhalation liquide, comme cela se voit au contraire dans l'*eczema* ou l'*impétigo*. Si le mal est ancien et invétéré, la croûte est très-adhérente et ne tombe qu'à la longue et par écailles isolées.

Chez l'une des malades que nous avons traitées dans nos salles, il existait sur le nez et les joues une sorte de bande croûteuse sale, entourée d'une rougeur assez prononcée, large d'environ deux travers de doigt. L'enduit croûteux, d'un jaune-grisâtre et terreux, était fort adhérent, irrégulier, comme mamelonné, et ne présentait point une continuité parfaite dans toute son étendue.

Sur un homme âgé de cinquante et quelques années qui vint me consulter dans mon cabinet, les paupières supérieures seules étaient affectées ; chacune d'elles étaient recouvertes d'un enduit

crasseux et noirâtre qui s'étendait aux sourcils et se reproduisait opiniâtrement depuis plus de douze ans. On avait combattu fort inutilement le mal par des remèdes internes et externes des plus énergiques, notamment par l'application d'un séton à la nuque, et, plus tard, d'un cautère au bras.

Chez deux jeunes filles que nous avons traitées, l'une en ville et l'autre à l'hôpital, le front, le nez, les joues, les lèvres, et le menton étaient recouverts de cet enduit gras et sale comme par une sorte de masque.

Dans d'autres cas plus communs, l'*acne sebacea* n'occupait que quelques points assez limités du lobule ou des ailes du nez.

Cette affection cède presque toujours à des moyens simples, qui agissent en dissolvant ou détachant l'enduit sébacé, et en produisant ultérieurement sur la peau des effets résolutifs et discussifs.

Ainsi, les douches de vapeurs, les lotions très-faiblement alcalines, les onctions avec la pommade à l'oxychlorure ammoniacal de mercure, l'eau de goudron, la solution de sublimé connue sous le nom d'*eau rouge* de l'hôpital Saint-Louis; dans quelques cas bénins même, les lotions avec le lait d'amandes, l'eau de son légèrement salée ou l'eau de graine de lin faiblement savonneuse, l'axonge purifiée employée seule... nous ont réussi parfaitement et souvent sans qu'aucun traitement intérieur ait été prescrit.

Il est pourtant des sujets chez lesquels il nous a paru utile de recourir aux boissons alcalines, dépuratives, purgatives.

Dans quelques cas rares nous avons vu échouer notre traitement habituel; et alors, quelque remède empirique est venu parfois là, comme dans beaucoup d'autres maladies de la peau, dissiper brusquement une affection que des traitements méthodiques et rationnels avaient inutilement combattue.

Comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois, l'*acne sebacea* ne se montre guère qu'au visage, et c'est justement ce siége d'élection qui engage les sujets qui en sont atteints à chercher les moyens de s'en débarrasser au plus vite. Nos dames surtout tiennent beaucoup, et avec raison, à conserver la fraîcheur de leur teint et à éloigner tout ce qui pourrait altérer le poli ou le coloris du visage. Toutefois, si l'on en juge par les détails consignés dans une note de la traduction de la satire de Pétrone, les femmes de nos jours sont bien éloignées des raffinements, que présentaient sous ce rapport les secrets de toilette des dames Romaines.

Le visage, en effet, parmi les femmes de l'antiquité, ne recevait pas moins de façons et d'ornements que la chevelure : elles employaient le fard pour réparer la perte des couleurs naturelles,

ou pour en augmenter l'éclat. Il paraît même qu'il y avait des hommes asssez efféminés pour s'en servir.

On trouve dans Ovide la recette suivante de l'une des compositions, alors en usage parmi les femmes, pour ajouter à l'éclat de leur teint, ou pour en conserver la fraîcheur. Prenez, dit-il, de l'orge de Lybie ; ôtez-en la paille et la robe ; prenez une pareille quantité d'ers ou d'orobe ; détrempez l'une et l'autre dans des œufs ; faites sécher et broyez le tout ; jetez-y de la poudre de corne de cerf, de celle qui tombe au printemps, joignez-y quelques oignons de narcisse pilés dans un mortier, faites entrer ensuite dans le mélange de la gomme et de la farine faite avec du froment de Toscane ; enfin liez le tout par une plus grande quantité de miel, et cette composition *rendra le teint plus net que la glace d'un miroir.* Elle offre du moins l'avantage d'être parfaitement innocente et d'une préparation facile ; car nous pensons que le froment *de Toscane* n'est pas de rigueur, non plus que l'orge *de Lybie* et que nos dames pourraient trouver sous leur main du froment et de l'orge également applicables à cette composition.

Pline parle d'une vigne sauvage qui a les feuilles épaisses et tirant sur le blanc, dont le sarment est noueux et l'écorce ordinairement brisée : elle produit, dit-il, des grains rouges avec lesquels on teint en écarlate ; et ces grains, pilés avec des feuilles de la vigne, nettoient parfaitement la peau.

L'encens entrait dans la plupart des cosmétiques en usage chez les anciens : tantôt il servait à enlever les taches de la peau et tantôt à résoudre les petites aspérités et les boutons acnéiques.

Bien que l'encens, dit Ovide dans un style galant que n'auraient pas répudié nos poëtes de boudoir du siècle dernier, soit agréable aux Dieux, il ne faut pas néanmoins le jeter tout dans les brasiers sacrés, il est *d'autres autels* qui réclament sa vapeur parfumée. Et de fait, les fumigations d'encens ou de benjoin ont une vertu résolutive qui peut être appliquée aux rougeurs et aux pustules chroniques de la *couperose.*

Le poëte que nous venons de citer a connu des dames qui pilaient du pavot dans l'eau froide et s'en mettaient sur les joues. D'autres s'appliquaient des espèces de cataplasmes avec du pain trempé dans le lait d'ânesse. Poppée se servait d'une composition onctueuse où entrait le seigle bouilli ; on en faisait une espèce de masque qu'on laissait sécher sur le visage et que l'on détachait ensuite en lavant avec du lait. Les femmes allaient et venaient ainsi masquées dans l'intérieur de leur maison. C'était là, pour ainsi dire, leur visage domestique, le seul connu des

maris (leurs lèvres s'y prenaient à la glu, dit Juvénal)... les fleurs nouvelles qu'offrait le visage après la toilette étaient réservées pour les amants.

Pline nous apprend encore que les dames se servaient, pour se blanchir la peau, d'un fard composé de terre de Chio ou de Samos, que l'on faisait dissoudre dans du vinaigre.

Un remède populaire qui a quelque analogie avec celui-là, et qui agit comme un résolutif puissant sur les petites taches papuleuses du visage, consiste dans l'application de l'espèce d'acétate de chaux à l'état naissant, qu'on obtient en faisant plonger un œuf entier et cru dans un verre de vinaigre ; il se forme peu à peu à la surface du liquide une sorte de mousse ou d'écume saline qu'on enlève pour l'étaler sur la peau.

Le même auteur parle d'une terre de Sélinuse, blanche comme du lait, qui se dissolvait promptement dans l'eau, et qu'on employait au même usage.

D'autres fards, les uns blancs, les autres rouges, empruntés aux oxides et aux sels métalliques, étaient beaucoup moins innocents que ceux que nous avons cités. Aussi leur usage était-il blâmé par les philosophes.

Des grâces simples et naturelles (a dit *Afranius*), le rouge de la pudeur, l'enjouement et la complaisance, voilà le fard le plus séduisant de la jeunesse. Quant à la vieillesse, il n'est pour elle d'autre fard que l'esprit et les connaissances.

Celse caractérise d'une manière assez sévère le soin que prenaient les dames Romaines de prévenir ou d'enlever les taches de la *couperose* ou celles des éphélides.

« C'est presque une ineptie, dit cet auteur (dans un langage beaucoup moins galant que celui d'Ovide), que de s'occuper de traiter le *varus*, les taches de rousseur et les éphélides : mais on ne saurait ôter aux femmes le désir de soigner leur teint... » Il daigne cependant ajouter que l'on réussit très-bien à dissiper les rougeurs pustuleuses de l'acné (*Vari*) par l'application de la résine mêlée à un peu moins que partie égale d'alun de roche et à une petite quantité de miel.

Pour notre part, nous ne dédaignons pas non plus de donner quelque attention aux cosmétiques propres à adoucir la peau et à calmer l'irritation qui la rougit. Parmi les plus innocents et les plus usuels, nous signalerons le lait d'amandes, additioné d'acide benzoïque et le cosmétique de Frank, composé d'huile d'amandes douces et de *spermaceti* fondu à l'aide d'une douce chaleur.

(La suite à un prochain numéro.)

Recherches cliniques sur l'anesthésie, suivies de quelques considérations physiologiques sur la sensibilité; par J.-H.-S. Beau, médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Archives générales de Médecine, janvier 1848.)

Je veux montrer dans ce mémoire que l'anesthésie de sensibilité générale se présente, dans plusieurs maladies, avec une fréquence habituelle qui n'a pas encore été remarquée. On verra de plus que cette anesthésie comprend deux espèces distinctes qui, jusqu'à ce jour, ont été confondues, et qui permettent de poser des caractères différentiels, précis et nouveaux, entre le sentiment de la douleur et celui du tact. La première de ces maladies qui va nous occuper est l'intoxication saturnine.

1° *De l'anesthésie dans l'intoxication saturnine.* Les différents pathologistes qui ont parlé de l'anesthésie dans l'intoxication saturnine ne l'ont signalée que comme un symptôme assez rare de cette intoxication. Suivant eux, ce symptôme se montre seulement lorsque l'individu affecté est soumis depuis fort longtemps à la fâcheuse influence du plomb, et surtout lorsqu'il a éprouvé de violentes coliques.

M. Tanquerel des Planches confirme par les chiffres de sa statistique ce que les observateurs antérieurs à lui avaient dit de la rareté de l'anesthésie saturnine. M. Tanquerel, en effet, nous apprend (1) que, sur une masse de 2,160 individus affectés d'intoxication saturnine, il en a rencontré 11 seulement qui présentaient de l'anesthésie de sensibilité générale, ce qui fait environ un cas d'anesthésie sur cent malades.

Or l'anesthésie, loin d'être un phénomène aussi rare des affections saturnines, est au contraire un symptôme habituel et pour ainsi dire essentiel à ce genre de maladies. Voici à quelle occasion j'ai conçu l'idée de faire des recherches à ce sujet.

Cette année, dans le mois de janvier, il vint dans mon service de l'Hôtel-Dieu (annexe) un peintre en bâtiments qui était affecté d'une cachexie saturnine des plus marquées. Ce malade nous fit observer qu'il était tout à fait privé de sentiment à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. On pouvait, en effet, pincer vivement la peau de cette région et la piquer, sans que le malade en éprouvât la moindre douleur ; et quand, au lieu de chercher à provoquer de la douleur en ce point, on se bornait à y promener légèrement le doigt, le malade n'avait pas la sensation de ce contact.

Je lui demandai s'il était privé de sentiment ailleurs qu'à la

(1) *Traité des maladies de plomb*, t. II, p. 201.

cuisse; il me répondit par la négative. Néanmoins je cherchai à m'assurer de ce qu'il en était; je le piquai en différents endroits, je le pinçai vivement, et je fus fort étonné de lui entendre dire que ces différentes manœuvres ne lui causaient aucun sentiment douloureux. « Je sens bien, ajoutait-il, que vous me piquez, que vous me pincez, mais vous ne me faites aucun mal. » Et, effectivement, le sentiment du tact n'était pas aboli dans ces différents endroits; car le malade sentait parfaitement bien quand on l'y touchait, même légèrement.

Il y avait donc chez ce malade, et sous le rapport de l'anesthésie, une grande différence entre la peau de la cuisse et celle des autres régions du corps. A la cuisse, le sentiment du tact et celui de la douleur étaient l'un et l'autre abolis; dans les autres régions, il y avait conservation du sentiment du tact, et disparition du sentiment de la douleur.

Comme on doit bien le penser, je cherchai immédiatement à pousser plus loin ces investigations. J'avais deux autres malades affectés d'intoxication saturnine. Or, il pouvait très-bien se faire qu'ils fussent, sans le savoir, privés de la faculté de sentir, soit la douleur, soit le contact des corps; de la même manière, en un mot, que le précédent malade, qui d'abord ne m'avait signalé de l'anesthésie qu'à la cuisse, sans se douter de l'anesthésie de douleur qu'il avait dans tous les autres points de l'enveloppe cutanée.

L'expérimentation à laquelle je me livrai sur ces deux individus confirma mes prévisions. Je pus, en effet, les pincer, les piquer en différents points de la peau, surtout sur les membres thoraciques, sans leur causer une sensation de douleur. Ils avaient cependant le sentiment tactile; car ils sentaient le contact de l'épingle; ils sentaient mon doigt, et même la barbe d'une plume, promenée doucement sur les points où le sentiment de la douleur n'existait plus.

Depuis ce temps, j'ai continué ces recherches sur tous les malades qui se sont présentés à mon observation; leur nombre s'élève au moins à trente. Sur tous, j'ai constaté une anesthésie plus ou moins complète, bien que plusieurs d'entre eux fussent affectés d'intoxication saturnine depuis fort peu de temps et à un degré assez léger. Plusieurs avaient la colique, d'autres une dyspepsie sans colique.

Je dois dire maintenant quels sont les caractères principaux, les variétés de l'anesthésie qui se rattachent à l'intoxication saturnine.

Il y a dans cette affection deux variétés d'anesthésie : une anesthésie de tact, et une anesthésie de douleur (1).

(1) On pourrait plus brièvement appeler cette dernière *analgésie*, mot que

La première, l'anesthésie de tact, est une variété peu ordinaire. Je ne l'ai rencontrée que quatre fois sur la totalité des malades que j'ai examinés. Cette anesthésie entraîne nécessairement avec elle l'anesthésie de douleur dans les points qu'elle occupe. Les individus qui en étaient affectés n'avaient aucun sentiment du contact des corps. On les touchait, on les piquait, ou les pinçait sans leur faire éprouver ni de la douleur, ni la sensation tactile de ces différentes manœuvres. Cette anesthésie est partielle, et n'occupe pas une région très-étendue. Le premier malade que j'ai examiné en était affecté, comme nous le savons, à la cuisse gauche ; les autres l'avaient sur les bras et les avant-bras.

Dernièrement j'ai vu un malade affecté d'une cachexie saturnine, chez lequel les deux membres inférieurs étaient privés du sentiment du tact et de celui de la douleur, tandis que les membres supérieurs étaient privés seulement du sentiment de la douleur.

L'anesthésie de tact annonce une intoxication beaucoup plus grave que l'anesthésie de douleur.

Quant à l'anesthésie de douleur, elle est constante chez tous les malades atteints d'intoxication saturnine. Le sentiment de la douleur est alors complétement aboli, ou seulement diminué et moins vif qu'avant ou qu'après l'affection saturnine. Si l'anesthésie de douleur est complète, on peut, comme je l'ai déjà dit, pincer les malades, enfoncer çà et là et vivement la pointe d'une épingle sur différents points de l'enveloppe cutanée, sans causer de la douleur. Dans ce genre d'anesthésie, les individus sentent parfaitement le contact des ongles qui les pincent, de l'épingle qui les pique, et cependant cette sensation de tact ne s'accompagne pas d'un sentiment de douleur.

C'est pour cela que, quand on exerce ces différentes manœuvres dans le but de rechercher la vérité au sujet de cette anesthésie, il ne faut pas se contenter de demander aux malades s'ils sentent quelque chose. Ils répondront infailliblement oui ; car, comme ils ont le sentiment du tact conservé, ils sentent effectivement les pincements, les piqûres qu'on leur fait. Il faut resserrer uniquement ses intorrogations sur le fait de la sensation douloureuse, et alors les malades avoueront positivement qu'ils sentent, mais qu'ils ne souffrent pas. Du reste, à défaut de réponse catégorique à ce sujet, il sera facile de voir ce qu'il en est à l'impassible tranquillité de leur physionomie et de leurs membres, pendant qu'on

l'on trouve avec cette signification dans le Dictionnaire de Castelli. Le mot *anesthésie* s'appliquerait à la privation du sentiment du tact.

les soumet à ces différentes manœuvres ; manœuvres qu'il est impossible, même aux plus courageux, de subir sans donner des marques de douleur.

J'ai remarqué que, lorsqu'il y a anesthésie de douleur, les malades sont insensibles au chatouillement, même dans les points où cette sensation est le plus facile à provoquer, comme à la plante des pieds.

L'anesthésie de douleur peut affecter toute l'étendue de la peau. Le plus ordinairement, elle est plus marquée sur la peau des membres que sur celle du tronc et de la tête ; elle existe surtout sur les bras et les avant-bras.

Mais cette anesthésie n'est pas bornée à la peau seule ; elle peut s'étendre aussi aux membranes muqueuses, et surtout à celles qui, à l'état normal, sont douées de la plus vive sensibilité. C'est ainsi qu'on titille, qu'on touche la luette, l'isthme du pharynx, sans faire éprouver de sensation pénible et de vomiturition, On enfonce légèrement une plume dans le nez sans produire de l'éternument. On touche l'œil sans causer cette douleur, ce larmoiement qui sont liés au contact du globe oculaire. Quelquefois un grain de poudre de tabac pourra être appliqué sur la conjonctive, et ne déterminera qu'une sensation légère au lieu de cette vive douleur qui doit en résulter. Et, je le répète, dans toutes ces différentes manœuvres, le malade sent parfaitement bien le contact des différents corps qui touchent le pharynx, les cavités nasales, l'œil, sans éprouver le genre de douleur qui accompagne forcément ce contact, quand l'organisme se trouve dans des conditions normales.

L'anesthésie saturnine est continue et fixe, tant que dure la période d'état de l'intoxication ; elle se dissipe au fur et à mesure que la face perd sa couleur cachectique, et que l'appétit et les facultés digestives réapparaissent. Quand l'anesthésie de douleur se joint à l'anesthésie de tact, sa durée est plus longue que lorsque l'anesthésie de douleur existe seule. J'ai vu l'anesthésie de douleur se dissiper au bout de six jours de traitement ; d'autres fois elle existe encore après douze ou quinze jours. En général le sentiment de la douleur revient d'autant plus vite que le mal est moins ancien, et que l'individu est plus jeune.

Quand je dis que le sentiment de la douleur n'existe pas chez les malades qui ont subi l'influence du plomb, il faut l'entendre seulement de la douleur que l'on cherche à provoquer artificiellement ; car le sentiment de certaines douleurs spontanées existe souvent à un haut degré dans l'intoxication saturnine. Il y a, en effet, dans cette maladie, des coliques, des arthralgies, etc., qui

sont souvent assez violentes pour arracher des cris aux malades. Eh bien ! ces vives douleurs, qui sont un symptôme de l'affection saturnine, coexistent, chez ceux qui les endurent, avec la perte ou la diminution du sentiment de la douleur artificiellement provoquée.

De l'anesthésie dans l'hystérie. M. Gendrin a établi le premier que l'anesthésie est un symptôme constant de l'hystérie. L'observation de ce fait, qui est de date récente, a été annoncée par ce médecin dans une lettre écrite le 11 août 1846 à l'Académie royale de médecine. Dernièrement M. Henrot, un des élèves de M. Gendrin, a développé, dans sa thèse inaugurale (1), les idées de son maître en ce qui touche l'anesthésie et les autres symptômes de l'affection hystérique.

J'ai constaté la vérité du fait annoncé par M. Gendrin, à savoir que l'anesthésie est un symptôme constant de l'hystérie; mais, de plus, j'ai remarqué une circonstance qui n'est pas indiquée par M. Gendrin, c'est que cette anesthésie est toujours, comme dans l'intoxication saturnine, une anesthésie de douleur, soit qu'elle coïncide avec l'anesthésie de tact, ce qui est peu commun et ce qui ne se voit que dans les cas de grande intensité, soit qu'elle s'accompagne du sentiment tactile, ce qui existe chez la plupart des sujets affectés (2).

J'ajouterai que l'anesthésie est d'autant plus marquée qu'il y a un plus grand trouble dans les fonctions digestives.

Tout ce que j'ai dit des caractères, des circonstances et du siége de l'anesthésie dans l'intoxication saturnine est parfaitement applicable à celle que nous présente l'hystérie.

De l'anesthésie dans l'hypochondrie. Je dois dire que le mot *hypochondrie* n'est pas pour moi synonyme de *maladie imaginaire*. Je regarde avec un très-grand nombre de bons auteurs l'hypochondrie comme une maladie réelle, caractérisée par des symptômes positifs, dont les principaux sont, comme je l'ai dit

(1) Thèses de Paris, 1847, nº 150.

(2) Voici le passage sur lequel je me fonde pour dire que M. Gendrin n'a pas précisé le degré de fréquence de l'anesthésie de douleur et de l'anesthésie de tact dans l'hystérie. « Tel malade perçoit seulement la température, le degré de sécheresse et d'humidité des corps; tel autre perçoit seulement leur forme et leur dureté; tel autre n'est accessible qu'aux actions douloureuses qu'on exerce sur lui. Toutes ces circonstances sont très-variables, etc. » (Thèse de M. Henrot, p. 9.) On ne note pas, en effet, dans ce passage, ces deux circonstances, que je tiens à signaler : 1º que l'anesthésie de douleur existe le plus souvent dans l'hystérie sans être accompagnée de l'anesthésie de tact; 2º que, dans les cas peu ordinaires où il y a anesthésie de tact, cette anesthésie entraîne avec elle l'anesthésie de douleur; que par conséquent l'anesthésie de douleur, soit seule, soit accompagnée de l'anesthésie de tact, est un symptôme habituel, pour ne pas dire constant, de l'affection hystérique.

ailleurs (1) : une diminution ou une altération de l'appétit et des fonctions digestives, la formation de gaz dans le tube digestif, des palpitations, de la dyspnée, des vertiges, des éblouissements, des bruits artériels, des névralgies, etc., et des sensations diverses en différents points de l'organisme. Les sujets affectés de ces différents symptômes sont fréquemment tourmentés par des idées tristes, de la mélancolie, et des terreurs au sujet de leur maladie, qu'ils regardent comme très-grave et même mortelle. Cette affection, qui est assez commune, n'est pas observée par tous les médecins sous le nom d'*hypochondrie;* elle est appelée, suivant le symptôme dominant, *congestion cérébrale*, *hydrémie*, *palpitations*, *névralgie intercostale*, *gastralgie*, *dyspepsie*, etc.

Maintenant, je dirai que j'ai constaté l'existence de l'anesthésie dans l'hypochondrie, telle que je viens de la comprendre et de l'exposer.

L'anesthésie présente les mêmes caractères dans l'hypochondrie que dans l'hystérie et dans l'intoxication saturnine, et elle est facile à constater par les mêmes moyens que ceux dont il a été question ; elle affecte les mêmes points de la peau et des membranes muqueuses. Je l'ai toujours vue porter sur le seul sentiment de la douleur avec conservation du sentiment du tact. Dans un seul cas, il y avait abolition du sentiment du tact et de celui de la douleur. Ce fait ne doit pas être regardé comme une exception extrêmement rare. L'hypochondrie, en effet, peut, comme l'hystérie et l'intoxication saturnine, donner lieu non-seulement à une anesthésie de tact, mais encore à une paralysie musculaire. J'ai observé, il y a quelques années, un cas d'hypochondrie, dans lequel il se montra des symptômes de paralysie générale, et qui pourtant se termina par la guérison. Les détails en ont été recueillis et publiés par M. de Crozant (2).

Tous les hypochondriaques ne sont pas frappés d'anesthésie. Il faut, pour que l'individu soit insensible à la douleur artificiellement provoquée, que l'hypochondrie soit de date un peu ancienne, et que tous les symptômes en soient bien marqués, surtout les symptômes nerveux proprement dits, tels que les névralgies, et les sensations diverses accusées incessamment par les malades.

On comprendra sans peine combien il est étonnant et curieux de voir un homme, qui paraît jouir de toute sa force et de toute sa santé, rester insensible à toutes les actions douloureuses qu'on

(1) *Archiv. gén. de méd.*, mars 1846.
(2) *Annales medico-psychologiques*, t. II, p. 151 ; 1843.

exerce sur lui, telles que celles de le piquer, de le pincer, et même de promener sur lui un cautère rougi à blanc. Et le même homme, sur les points où il a perdu la faculté de souffrir la douleur artificielle, vous accusera le contact d'une barbe de plume !

Le nombre des hypochondriaques a été considérable cette année, même dans les hôpitaux. J'ai donc pu fréquemment observer cette anesthésie de douleur, qui existe habituellement dans l'hypochondrie, quand celle-ci est bien caractérisée (1). Chez quelques-uns, nous avons pu suivre la maladie jusqu'à sa fin, et constater par conséquent le rétablissement du sentiment de la douleur arrivant avec la guérison du malade.

Telles sont les maladies dans lesquelles on trouve l'anesthésie, et surtout l'anesthésie de douleur, comme symptôme lié habituellement, pour ne pas dire constamment, à la constitution de ces maladies.

(1) Voici deux faits que je prends au hasard parmi tous ceux que j'ai observés.

1° Un ouvrier menuisier, âgé de 23 ans, d'une constitution forte, entra à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 15 juillet 1847. Il dit être malade depuis un an environ, et attribue sa maladie à l'habitude que lui avait fait contracter son patron de boire chaque matin un grand verre de vin pur avant de se mettre à l'ouvrage. Il remarqua qu'à dater de ce moment son appétit diminua, ses digestions devinrent laborieuses, et ses forces déclinèrent. Il se plaint actuellement de rapports acides, de point de côté (névralgie intercostale), de vertiges, de palpitations. Il a des bruits intenses aux carotides. Il accuse surtout une sensation fort pénible, dont il ne parle qu'avec une sorte d'agacement, et qu'il appelle *attaque de nerfs dans la peau*. Cette sensation le force quelquefois de se lever la nuit et de se promener dans la salle. On le pince, on le pique profondément sur les avant-bras, les bras, et même la peau du thorax, sans lui causer la moindre douleur; néanmoins il a le sentiment des contacts les plus légers dans les mêmes points. Ce malade est parti éprouvant une certaine amélioration dans l'état de sa maladie, mais l'anesthésie de douleur est à peu près la même qu'à son entrée.

2° Un jeune homme de 18 ans, cordonnier, est entré à l'Hôtel-Dieu (annexe) pour une faiblesse de la vue qui seule a attiré son attention jusqu'à présent. Les pupilles sont assez dilatées, mais parfaitement contractiles; il éprouve des éblouissements quand il regarde des objets d'un petit volume; mais on observe sur ce malade d'autres phénomènes qui montrent que la faiblesse de la vue n'est elle-même que le symptôme d'une hypochondrie. Diminution de l'appétit, faiblesse dans les jambes, constipation, vertiges, céphalalgie, bruits et battements des carotides; névralgie intercostale du septième et du huitième nerf du côté gauche; face un peu pâle. Ce jeune homme attribue son mal au travail forcé et assidu auquel il est soumis depuis treize mois qu'il habite Paris.

Il y a anesthésie de douleur très-marquée sur les bras. Le malade n'éprouve aucune douleur quand on le pince, quand on le pique, et même quand on le brûle avec le cautère transcurrent. Son insensibilité l'étonne et le fait sourire; et pourtant la sensibilité tactile des bras est assez conservée pour que le malade, après avoir détourné la tête, indique, sans jamais se tromper, quand on le touche avec une barbe de plume.

Ce malade, ayant trouvé une occasion de retourner dans son pays, est parti avant qu'on ait pu constater le retour de la sensibilité.

Il est probable que ce ne sont pas les seules où ce symptôme existe ; peut-être l'anesthésie de douleur se trouve-t-elle, comme symptôme habituel, dans le scorbut et surtout dans la pellagre, maladies qui se terminent souvent par des paralysies ; peut-être se rencontre-t-elle aussi dans la *colique de Madrid*, la *colique végétale*, et le *beriberi* des Indes, maladies qui ont tant de rapport avec l'intoxication saturnine. Il y a des recherches à faire dans ce sens. Néanmoins, des faits qui précèdent, nous pouvons déjà inférer que le *délire nerveux*, si bien étudié par Dupuytren comme complication des affections traumatiques et comme phénomène consécutif aux grandes opérations, entraîne avec lui l'anesthésie de douleur. On doit se rappeler, en effet, que, parmi les traits assignés par Dupuytren à cette espèce de névrose traumatique, il en est un sur lequel ce célèbre chirurgien insistait dans ses leçons cliniques, c'est la singulière faculté qu'ont les malades affectés de délire nerveux, d'exercer des mouvements qui seraient extrêmement douloureux dans toute autre circonstance. On voit, en effet, des individus atteints de contusion profonde, de plaie, de fractures, etc., se lever, se promener dans les salles sans manifester la moindre douleur. Or, n'est-il pas permis de penser que ces malades doivent cette immunité à une anesthésie de douleur qui se montre dans le délire nerveux, comme dans l'hystérie, l'hypochondrie et l'intoxication saturnine?

Nous pouvons, par une interprétation semblable, comprendre certains faits qui n'ont pas encore été bien précisés dans leur mode de production. On sait que certains aliénés, et entre autres les lypémaniaques, sont insensibles à la douleur et aux opérations chirurgicales. M. Nélaton, à qui je faisais part des idées contenues dans ce mémoire, m'a dit avoir fait, à Bicêtre, l'amputation de la jambe a un aliéné non paralytique, qui ne donna aucun signe de douleur pendant tout le temps de l'opération. Cet homme s'était fracturé le péroné quelque temps auparavant, et il avait néanmoins continué de marcher comme à l'ordinaire, sans souffrir par conséquent, et sans qu'on s'aperçût de rien. Ce ne fut qu'après plusieurs jours qu'on remarqua, sur le lieu de la fracture, une violente inflammation avec gangrène, qui résultait du mouvement incessant auquel le membre fracturé avait été soumis, et qui nécessita l'amputation. Il n'est pas indifférent de dire que le malade mourut des suites de cette opération ; j'y reviendrai plus loin.

Or, cet aliéné et les autres monomanes qui sont insensibles à la douleur, sans avoir pour cela une paralysie proprement dite, doivent bien évidemment cette insensibilité à l'anesthésie

de douleur, dont l'existence n'est pas plus inconcevable chez eux que chez les hystériques et les hypochondriaques.

Du reste, j'ai pu directement observer cette anesthésie de douleur sur un jeune lypémaniaque qui est resté quelques jours dans mon service de l'Hôtel-Dieu (annexe). Cet aliéné avait plusieurs des symptômes de l'hypochondrie, tels que l'anorexie et les bruits carotidiens. Il était insensible à la douleur artificielle, mais il sentait le contact des corps.

Nous pouvons aller encore plus loin dans ce genre d'interprétation. Nous pouvons, je crois, jeter quelque lumière sur ces faits merveilleux d'insensibilité à la douleur, qui ont joué un grand rôle dans les monomanies religieuses.

Ces convulsionnaires, ces illuminés des deux sexes que certaines sectes (1) nous présentent avec orgueil, comme ayant enduré les tortures les plus douloureuses, sans perdre leur impassible sérénité, étaient tout simplement de malheureux malades qui, à leur monomanie religieuse, joignaient les symptômes hystériques et hypochondriaques. L'histoire se charge elle-même de nous en fournir la preuve, car elle nous apprend des *trembleurs des Cévennes* que plusieurs *avaient les entrailles bruyantes* (2), c'est-à-dire qu'ils étaient affectés de ces flatuosités abdominales qui ont toujours caractérisé l'hystérie et surtout l'hypochondrie. Qu'y a-t-il dès lors de si étonnant à ce que ces sectaires fussent affectés en même temps de cette anesthésie, que nous avons dit coexister avec les flatuosités chez les hystériques et les hypochondriaques?

Et remarquons-le bien, ce qui donnait un caractère miraculeux à cette anesthésie de douleur, c'est que, n'étant pas accompagnée d'insensibilité au tact, on ne devait guère penser qu'elle pût se rattacher à une paralysie ou à toute autre maladie. C'était dès lors une perfection de nature, un don réellement divin que tous cherchaient à obtenir par des méditations, des prières, et et surtout par des jeûnes prolongés et des abstinences sévères (3). Or, on le sait, les méditations persévérantes, les abstinences et les jeûnes prolongés ont, de tout temps et avec raison, été considérés par les médecins comme des causes à peu près certaines de ces délabrements d'estomac, de ces dyspepsies qui traînent nécessairement à leur suite l'hypochondrie. Par conséquent, ces différents moyens, mis en usage dans un but de sanctification,

(1) Les *anabaptistes*, les *trembleurs*, les *convulsionnaires de Saint-Médard*, etc. Voyez là-dessus l'ouvrage important de M. Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 2 vol.; Paris, 1845.

(2) Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 287.

(3) Voy. l'ouvrage cité de M. Calmeil.

avaient donc surtout un côté pratique qui était inséparable de leur action physiologique : c'était de servir aux illuminés de préparation, et en quelque sorte d'*entraînement* pour se dépouiller du sentiment de la douleur, et pour braver tout à leur aise les bourreaux et les tortures.

On a expliqué jusqu'à présent ces faits irréfragables d'insensibilité chez les illuminés, par une volonté ferme et exaltée qui faisait taire la douleur ; mais on verra, je pense, comme moi, que la raison de ces faits est encore plus simple qu'on ne l'a cru. L'insensibilité des illuminés n'avait pas d'autre principe que celle de nos hystériques et de nos hypochondiaques, qui n'ont que faire d'une volonté ferme et exaltée, et qui n'ont aucun intérêt à être insensibles à la douleur. Elle était alors ce qu'elle est aujourd'hui, un symptôme.

Résumé. — De tout ce qui précède, on peut établir le résumé suivant :

L'intoxication saturnine, l'hystérie, l'hypochondrie, le délire nerveux, la lypémanie, peut-être même la pellagre, le scorbut, la colique végétale, etc., ont pour symptôme habituel une anesthésie de la sensibilité générale (1).

Cette anesthésie peut envahir tous les points de l'enveloppe cutanée et les orifices des membranes muqueuses ; mais elle affecte particulièrement les membres, surtout les membres supérieurs.

Il s'ensuit qu'un individu atteint d'une des maladies précédentes, qui aurait à subir une opération chirurgicale, serait aussi complétement insensible à la douleur que s'il avait respiré de l'éther. Nous avons signalé plus haut (p. 61) un fait qui met cette vérité hors de doute. Des cas de ce genre se sont présentés quelquefois sans qu'on sût à quelle cause rapporter l'insensibilité que montraient les opérés. De plus, on avait remarqué que les opérations ainsi faites sans douleur ne réussissaient pas. Notre fait déjà cité est encore là pour appuyer ce point d'observation. Toutefois, comme on doit bien le penser, ce n'est pas à cause de l'absence de douleur que les opérations ne réussissaient pas, mais uniquement à cause de la condition morbide qui rendait les opérés insensibles. Il n'y a donc aucun rapprochement à établir, sous le rapport des chances d'insuccès, entre l'insensibilité constitutionnelle qui est due à un mauvais état de tout l'organisme, et cette insensibilité momentanée que l'on détermine à l'aide de l'éther ou du chloroforme.

(1) Je dois rappeler que toutes mes propositions fondamentales sur l'anesthésie ont été consignées à l'Académie de médecine dans sa séance du 10 août 1847 (voy. le bulletin de la séance).

Cette anesthésie habituelle dans les maladies que nous avons examinées affecte toujours le sentiment de la douleur, soit qu'elle porte en même temps sur le sentiment du tact, ce qui est peu commun, soit qu'elle coïncide avec la conservation du sentiment tactile, ce qui existe dans la grande majorité des cas.

Il faut donc distinguer, dans l'anesthésie de sensibilité générale, deux variétés d'anesthésie : celle de la douleur et celle du tact. L'anesthésie du tact n'existe jamais sans l'anesthésie de douleur ; mais l'anesthésie de douleur se rencontre habituellement sans être accompagnée de l'anesthésie de tact. Par conséquent, la privation du sentiment du tact indique une anesthésie plus intense que la privation du sentiment de la douleur. L'anesthésie de douleur constitue le premier degré de l'anesthésie ; le second degré est l'anesthésie de tact.

Dans l'anesthésie de douleur, on est insensible à la douleur produite par les piqûres, les pincements, la brûlure, etc., bien que l'on sente le contact de l'épingle qui pique, du fer qui brûle, etc., on sent même le contact d'une barbe de plume ; mais on est insensible au chatouillement (1).

Dans l'anesthésie de tact, on est insensible à tout, à la douleur que l'on cherche à provoquer, et au simple contact des instruments, à l'aide desquels on veut produire la douleur.

L'anesthésie de douleur doit s'entendre seulement de la douleur artificielle et provoquée. Rappelons-nous, en effet, que les maladies précédemment examinées présentent habituellement, parmi les symptômes ordinaires, des douleurs spontanées ou des névralgies.

Jusqu'à présent on n'avait pas distingué deux variétés d'anesthésie de la sensibilité générale. On croyait que la perte du sentiment de la douleur entraînait nécessairement avec elle celle du sentiment du tact. De là l'étonnement avec lequel on accueillit les premières communications, faites en France par MM. Malgaigne et Velpeau, de ces faits d'éthérisation dans lesquels l'individu entend qu'on lui parle, sent qu'on le touche, bien qu'il ne sente plus la douleur.

Puisque l'observation pathologique nous force de séparer l'anesthésie de douleur de l'anesthésie de tact, nous devons, je crois, distinguer aussi en physiologie le sentiment du tact et le sentiment de la douleur.

(1) Comme on le voit, le chatouillement doit être distrait du sentiment du tact pour figurer dans le sentiment de la douleur. Mes observations confirment donc la séparation que M. Gerdy a posée entre le sentiment du tact et le sentiment (Gerdy, *Physiologie philosophique des sensations*, etc. ; Paris, 1846.)

La réalité de cette distinction physiologique peut être démontrée d'une manière directe, au moyen de l'expérience suivante.

Si à l'aide d'un ustensile quelconque, tel qu'une règle de bureau, une canne, etc., on se donne un coup sur le pied ou sur un orteil rendu sensible par un cor ou un durillon; si le coup est sec et assez fort pour être douloureux, on éprouve deux sensations parfaitement distinctes : d'abord la sensation du contact ou du choc du corps percutant, et puis après la sensation de la douleur. La sensation du contact ou du choc est perçue dans le moment même où la percussion a lieu; la sensation de la douleur *ne commence qu'une seconde ou deux secondes environ après que s'est terminée la sensation du choc.* La sensation du contact a une durée égale à celle du choc, c'est-à-dire qu'elle est instantanée; la sensation de la douleur n'est pas instantanée comme la précédente; elle apporte avec elle l'idée d'une sorte de vibration qui semble se prolonger.

Cette expérience rappelle involontairement un autre fait analogue sur lequel chacun a conservé des souvenirs personnels, celui d'une coupure. On sait, en effet, que, lorsqu'on se fait une blessure aux doigts avec un rasoir ou un canif, on éprouve deux sensations successives et différentes : 1° celle du contact de l'instrument qui divise les chairs, 2° celle de la douleur qui arrive après. Il y a un intervalle manifeste entre ces deux sensations, dont la première est plus brève que la seconde.

Ces faits prouvent évidemment l'incontestable différence des deux sentiments du tact et de la douleur; bien qu'il soit fort difficile, pour ne pas dire impossible, de se rendre un compte exact de la manière dont les choses se passent. Toutefois, je ne crois pas irrationnel d'expliquer par une sorte de *réflexion* nerveuse le retard du sentiment de la douleur sur celui du sentiment du tact. Je pense donc qu'à l'occasion du contact produit par le corps vulnérant, il y a un ébranlement qui s'élève du point où a lieu ce contact, jusqu'aux centres nerveux, et que de là il redescend sur le lieu même d'où il est parti, pour y déterminer la sensation de la douleur.

Par conséquent le sentiment du tact serait le résultat d'une action directe et ascendante des nerfs sensitifs; le sentiment de la douleur serait le résultat d'une action successivement ascendante et descendante, ou réflexe des mêmes nerfs.

Rappelons encore à ce sujet l'expérience que nous avons rapportée plus haut, celle qui consiste à subir un choc douloureux pour ressentir séparément les sensations du choc et de la douleur. Il se trouve dans cette expérience une circonstance très-

importante pour la réussite du résultat désiré, c'est qu'elle soit pratiquée sur le pied ; si, en effet, elle l'était à la main, le résultat en serait moins tranché; c'est-à-dire qu'il y aurait beaucoup moins d'intervalle entre la sensation du tact et celle de la douleur. Pourquoi cette différence? probablement parce que la réflexion met plus de temps à se faire au pied qu'à la main.

Si on a froid aux pieds quand on les soumet à l'expérience en question, on observe un très-grand retard dans la perception de la sensation de la douleur, bien que la sensation du choc ait lieu toujours dans le moment même où le choc a lieu. Il y a alors entre ces deux sensations le même intervalle que celui que l'on a l'habitude de constater entre le feu et le coup d'un canon lorsqu'on est éloigné de l'endroit où a lieu l'explosion (1). Or, ne peut-on pas encore invoquer ici la réflexion, dont l'action serait retardée par l'état de stupeur que le froid détermine dans les tissus vivants?

Il me semble que l'hypothèse de la réflexion (car ce n'est qu'une pure hypothèse) permet de mieux saisir les différents faits pathologiques que nous avons exposés, et que nous allons rappeler en masse dans les deux propositions suivantes :

1° *Il y a habituellement anesthésie de douleur sans anesthésie de tact.* Dans ce cas, le sentiment du tact, qui est l'excitation de la réflexion, a lieu; mais la réflexion ne peut pas se faire, et dès lors il n'y a pas sentiment de la douleur.

2° *Quand il y a anesthésie de tact, il y a nécessairement anesthésie de douleur.* Le sentiment de la douleur n'existe pas dans cet ordre de faits, parce que le sentiment du tact étant aboli, il n'y a plus de stimulus qui excite la réflexion d'où résulte la douleur.

On voit par là que le sentiment de la douleur doit être considéré comme surajouté, pour ainsi dire annexé au sentiment du tact : aussi est-il le premier des deux à disparaître quand l'innervation ne se trouve plus dans des conditions d'intensité normale. Cette innervation subit-elle un affaissement encore plus considérable, alors le sentiment du tact disparaît à son tour, et il y a insensibilité complète.

Le sentiment du tact a pour but de nous avertir du contact des corps en général. Le sentiment de la douleur a pour but non

(1) Si le froid est encore plus considérable, il y aura non pas une prolongation dans le retard de la sensation douloureuse, mais bien absence de tout sentiment douloureux, quoique la sensation du choc soit encore perçue; et si le froid est à un degré excessif, il n'y aura plus ni sentiment de la douleur ni sentiment du tact. Telle est la gradation qui suit le froid quand il enlève la sensibilité.

moins important de nous avertir du contact des corps désorganisateurs, en nous forçant impérieusement à faire cesser ce contact.

Le sentiment de la douleur ne se borne pas à nous avertir du contact des corps désorganisateurs proprement dits, mais encore à nous garantir des mouvements et des positions nuisibles à l'organisme, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie. Si l'aliéné dont j'ai parlé plus haut eût eu le sentiment de la douleur intact quand il se fractura le péroné, il eût été forcé par cette douleur à garder le repos et à se plaindre de son accident. C'est ainsi que le sentiment de la douleur l'eût préservé de la gangrène, de l'amputation et de la mort.

On peut donc admettre le sentiment, ou, s'il était permis de se servir de ce mot, le sens de la douleur, comme on admet le sens du tact, comme on admet les sens spéciaux de la vue, de l'ouïe, etc. Par conséquent, on peut dire qu'on est paralysé du sens de la douleur comme on est paralysé du sens du tact, comme on l'est des sens spéciaux, comme on l'est, enfin, de cette autre fonction nerveuse, de la motilité.

Ces différentes paralysies peuvent toutes se rencontrer plus ou moins dans les maladies que nous avons examinées; mais l'espèce de paralysie que ces maladies nous présentent le plus fréquemment isolée de toute autre, celle qu'elles nous présentent à titre de symptôme habituel, est la paralysie ou l'anesthésie de douleur, ou mieux encore l'*analgésie*.

Application du cautère actuel à l'épine dorsale dans les leucorrhées utérines.

(Gazette médicale de Paris, N° 11; 1848.)

M. le docteur Mitchell prétend retirer de ce mode énergique de traitement deux avantages précieux : la disparition de la douleur lombaire qui accompagne si souvent les affections chroniques de l'utérus, et la guérison des écoulements utérins rebelles. Mais il prévient les praticiens qu'ils devront, avant de recourir au cautère actuel, s'assurer bien positivement que l'écoulement sort d'entre les lèvres du museau de tanche; car dans les leucorrrhées vaginales on n'obtiendrait pas le résultat désiré. Il les avertit, en outre, que la chaleur du cautère ne doit être portée que jusqu'au rouge obscur, car il ne s'agit d'opérer qu'une simple révulsion et non une destruction des parties. Voici, d'ailleurs, comme il procède. Après avoir chauffé le bouton de cautère avec une lampe à alcool, il l'applique à coups répétés sur la peau du dos; il prolonge d'autant plus le contact que le fer est moins chaud. Il a l'habitude de

toucher les téguments de la région lombaire à douze places distinctes, quatre de chaque côté et quatre sur les apophyses épineuses mêmes.

M. Mitchell a employé cette méthode plus de soixante-dix fois dans des cas de leucorrhée utérine, d'hystérie et de dysménorrhée se rattachant à cette affection. Plusieurs de ses malades avaient des douleurs lombaires telles, qu'elles ne pouvaient marcher ; chez toutes, la leucorrhée utérine était ancienne et avait résisté à divers moyens thérapeutiques. Presque toutes ont guéri, la plupart après une seule application. Jamais on n'a été obligé d'y revenir plus de deux fois.

La douleur est l'élément morbide qui cède le plus rapidement à cette médication, et jamais le succès n'est plus certain que lorsque cet élément prédomine. Lorsqu'il y a des granulations au col, il est quelquefois besoin de toucher celui-ci avec le nitrate d'argent; mais la douleur a déjà cédé à l'application seule du cautère actuel.

Emploi de la pommade à la cévadille contre la gale; par M. José Gascon.

(Gazette médicale de Paris, N° 11 ; 1848.)

L'auteur, ayant entendu parler de l'efficacité de la cévadille contre la gale, se proposait d'essayer ce médicament dans sa pratique ; mais les malades qui lui en fournirent la première occasion furent une pauvre femme de 30 ans et deux enfants de 6 et 8 ans, qui avaient contracté l'affection un mois et demi environ avant de le consulter. Or, comme il aurait été impossible à ces malheureux d'acheter une livre de bonne eau-de-vie pour faire préparer la teinture de cévadille, M. Gascon eut l'idée de leur prescrire une pommade, composée de 16 grammes de semences de vératrum finement pulvérisées, mêlées exactement avec 100 grammes de graisse de porc. Il leur ordonna de se frictionner avec ce composé, matin et soir, les parties siége de l'éruption, comme avec les pommades ordinaires.

L'efficacité de ce remède fut telle que, au bout de cinq à six jours de son emploi, il ne restait plus de traces de l'éruption.

Ce fait prouve que, mélangée à l'axonge et administrée en pommade, la cévadille jouit de la même propriété de détruire l'acarus que lorsqu'on l'applique sous forme de teinture. L'auteur dit même qu'il donnerait la préférence à la pommade.

— Sans contester l'efficacité de cette préparation, nous ferons seulement observer, que la prédilection avouée par l'auteur aurait peut-être besoin, pour paraître entièrement motivée, de se

fonder sur d'autres arguments que sur la guérison d'une femme et de deux enfants, classe de sujets qui, par la finesse de leur peau, sont plus sensibles à l'action curative des topiques spécifiques de la gale, dans les cas du moins où cette affection n'est ni trop profonde ni trop ancienne.

Cérat pour prévenir les gerçures du mamelon; par M. José Léon.

(Gazette médicale de Paris, nº 11 ; 1848.)

On ne connaît que trop les douleurs horribles que causent aux nouvelles accouchées les gerçures ou fissures du mamelon ; et malheureusement la fréquente impuissance de l'art pour guérir cette légère, mais si désespérante maladie, est un fait tout aussi avéré. C'est donc avec reconnaissance qu'on accueillera l'indication d'un moyen propre à les prévenir.

Après avoir exposé les causes diverses de cet accident, parmi lesquelles il range l'excès d'amidon employé à empeser les chemises et le défaut de soins de propreté, l'auteur décrit le procédé prophylactique de son invention.

Il conseille à toutes les femmes enceintes, qui ont quelque raison de craindre la gerçure du sein, d'user pendant le mois qui précède l'accouchement, une fois par jour, du liniment suivant, après s'être d'abord lavé le mamelon avec de l'eau tiède.

Tannate de plomb.	4 grammes.
Cérat simple.	30 —
Huile essentielle de roses. . . .	2 gouttes.

M. E.

Il faut immédiatement ensuite couvrir le sein avec uue compresse de linge doux.

Dans le cas où la malade serait très-excitable, on pourrait supprimer l'essence de roses. Le chirurgien devra aussi éviter tout ce qui serait dans le cas d'impressionner plus ou moins vivement la susceptibilité de la femme en état de gestation.

Composition et propriétés médicales de la chinoïdine.

(Gazette médicale de Paris, Nº 12 ; 1848.)

Dans la fabrication du sulfate de quinine, lorsque toute la matière cristallisable s'est séparée, il se dépose un matière jaune brunâtre qui, lavée, s'agglutine comme une résine : c'est cette matière à laquelle on a donné le nom de chinoïdine. Voici, d'après l'étude spéciale qu'en a faite M. Liebig, quels sont les caractères et les propriétés de cette substance :

La chinoïdine est tantôt en masses irrégulières, tantôt en ta-

blettes carrées d'une couleur brune, presque noirâtre ; elle est cassante à froid, mais se ramollit à la chaleur de la main. En la pulvérisant, elle devient fortement électrique. Elle ne se dissout point dans l'eau froide, à peine dans l'eau bouillante, qui acquiert une saveur amère pure.

La chinoïdine se dissout dans deux fois son poids d'alcool et dans les acides étendus, qu'elle neutralise sans résidu appréciable ; elle en est complétement précipitée par les alcalis. Le liquide qui la tient en suspension, agité avec son volume d'éther, cède la chinoïdine à cette dernière substance ; la solution éthérée abandonne par l'évaporation l'alcali avec ses propriétés primitives. Chauffée avec une solution de sulfate de cuivre, la chinoïdine se dissout en précipitant l'oxyde de cuivre.

Les sels de chinoïdine sont précipités par le tannin et donnent, avec le chlorure platinique, un précipité jaune tout à fait semblable au chlorure double de platine et de quinine.

La chinoïdine a, d'après les analyses de M. Liebig, la même composition et le même équivalent que la quinine ; c'est ce dernier alcali à l'état amorphe. La chinoïdine serait à la quinine ce que le sucre incristallisable est au sucre de canne.

On s'assure que la chinoïdine est pure lorsqu'elle se dissout sans résidu dans les acides étendus, l'alcool et l'éther.

Quelquefois on rencontre, sous le nom de chinoïdine, le sulfate de cette base évaporé à siccité ; ce sont simplement les eaux mères du sulfate de quinine évaporées à siccité. Ce sel se dissout incomplétement avec une couleur brune dans l'eau. On en précipite facilement la chinoïdine par l'ammoniaque.

D'après les expériences auxquelles plusieurs médecins se sont livrés, la chinoïdine posséderait les propriétés fébrifuges au même degré que la quinine. S'il en était ainsi, la chinoïdine, dont le prix en Allemagne est sept fois moindre que celui de la quinine, pourrait être appelée à rendre de grands services à la pratique.

Traitement du muguet chez les enfants à la mamelle.

On sait combien le muguet, affection légère et de peu d'importance, lorsqu'il est idiopathique, devient grave, au contraire, lorsqu'il est lié à quelque affection interne dont il vient compliquer le cours. On a préconisé contre cette affection un grand nombre de traitements qui laissent souvent les praticiens dans l'embarras du choix. M. Trousseau, après avoir essayé successivement tous les moyens connus, dans le but d'en étudier la va-

leur relative, s'est arrêté à la méthode suivante comme la plus sûre.

On se sert d'un mélange de borax et de miel rosat dans les proportions égales :

Prenez : Miel rosat.	10 grammes.	
Borax.	10	—

On enduit de ce mélange un pinceau de charpie, qu'on passe dans la cavité buccale cinq ou six fois dans la journée. L'enfant presse le pinceau et en exprime ainsi la substance médicamenteuse.

Dans la majorité des cas, ces applications, répétées pendant deux ou trois jours, suffisent, et le muguet disparaît.

Mais il arrive quelquefois qu'en raison, soit de son étendue, soit de sa confluence, soit de toute autre condition inexplicable, le muguet persiste malgré l'usage réitéré du borax. M. Trousseau a alors recours à un autre moyen.

On prépare une solution de nitrate d'argent dans les proportions suivantes :

Prenez : Nitrate d'argent carbonisé. .	5 grammes.	
Eau distillée.	30	—

dans laquelle on trempe un petit pinceau semblable à ceux dont les enfants se servent pour peindre, et on passe le pinceau chargé de la solution sur toutes les parties du muguet.

Il suffit ordinairement de deux ou trois applications de la solution de nitrate d'argent pour mettre fin au muguet le plus tenace. Dans les cas exceptionnels pourtant où la maladie résiste encore, M. Trousseau n'hésite pas à recourir au crayon de nitrate d'argent fondu, qu'on passe sur les parties atteintes du muguet. D'ailleurs, soit qu'on se serve de la solution, soit qu'on fasse usage du crayon, les applications ne doivent en général avoir lieu qu'une seule fois par jour. Il est tout à fait inutile de toucher plus souvent.

Cataplasme sédatif et résolutif contre les arthrites.

Certaines arthrites de nature rhumatismale, semblant épuiser toute leur action sur une seule articulation, provoquent des douleurs d'une violence extrême, et occasionnent quelquefois, dans l'articulation qui en est le siége, de graves lésions. Les affections articulaires qui se développent à la suite de couches sont aussi dans ce cas, les arthrites puerpérales s'accompagnent toujours de douleurs excessivement vives, donnent souvent lieu à des suppurations abondantes, et dans tous les cas elles ne se résolvent qu'avec une extrême lenteur, résistant opiniâtrement à presque

toutes les médications. Pour combattre ces divers accidents, M. le professeur Trousseau prescrit l'application du cataplasme suivant :

On fait bouillir dans de l'eau-de-vie camphrée la quantité de pain nécessaire pour faire le cataplasme ; lorsque celui-ci a la consistance convenable, on l'étend et on le recouvre d'une couche de camphre, à la dose de 10 grammes environ pour les cataplasmes de grandeur ordinaire. Le tout est ensuite arrosé d'une dose égale de solution d'extrait de belladone. Ce cataplasme, à la fois sédatif et résolutif, a presque toujours pour effet de diminuer notablement les douleurs dès la première nuit. Quelquefois elles ont complétement disparu en quelques jours. Son action résolutive est moins rapide, on le conçoit ; cependant la résolution de ces sortes d'arthrites en est sensiblement hâtée.

Le prix de ce cataplasme paraît assez élevé ; mais il n'est besoin de le renouveler que tous les cinq ou six jours.

Traitement de l'inflammation consécutive à l'application des sinapismes, par le liniment oléo-calcaire et le coton cardé.

Les effets produits par l'application des sinapismes à la surface de la peau offrant une grande analogie avec ceux de la brûlure, M. Payan, qui, d'après la pratique de Delpech (de Montpellier), avait déjà tiré un bon parti du liniment oléo-calcaire dans le traitement des brûlures, a eu l'idée d'appliquer ce mode de traitement à la cure des accidents en question. A cet effet, il étend avec les barbes d'une plume, sur les surfaces malades, le liniment dont il s'agit, composé de trois parties d'eau de chaux et d'une partie d'amandes douces ; et il place par-dessus une couche assez épaisse de coton cardé fin, qu'il fixe par quelques tours de bande peu serrés.

A la faveur de ce pansement, on voit cesser presque immédiatement les douleurs et les cuissons, que n'avaient pu calmer toutes les applications émollientes et sédatives.

De l'emploi de l'électricité galvanique dans le traitement de certaines paralysies des membres inférieurs ; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

(Gazette médicale de Paris, N° 12 ; 1848.)

L'électricité galvanique peut être fort utile dans un grand nombre de maladies nerveuses ; mais il est des cas où elle offre des inconvénients et même des dangers : de là l'importance d'un diagnostic extrêmement sévère. Une fois le diagnostic posé, il faut savoir faire choix d'un appareil, graduer les doses du fluide,

rapprocher, éloigner les applications, souvent même les suspendre momentanément, selon la nature de l'affection et la susceptibilité du sujet. Il faut, en un mot, suivre, en les dirigeant, toutes les phases d'une maladie le plus souvent capricieuse et rebelle.

Ce sont là des détails de pratique qu'on ne peut formuler en préceptes généraux. Pour bien les connaître, il convient de les avoir étudiés au lit même des malades.

J'ai déjà consacré plusieurs mémoires à l'examen de ces questions tout à la fois physiques et médicales. Prenant pour objet spécial de mes recherches les névralgies et les paralysies de la face, je me suis surtout attaché à ne procéder que par des faits. Rappellerai-je à ce sujet le malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine (1), complétement guéri d'une paralysie de la sensibilité de la face, avec perte de la vue, du goût, de l'ouïe et de l'odorat? Cette paralysie, qui était depuis plusieurs années réputée incurable, céda en quelques semaines au traitement par l'électricité.

Un autre cas de guérison non moins intéressant est celui de cette jeune fille que j'ai soignée, avec M. Magendie, pour une paralysie double du mouvement de la face, et dont les traits avaient présenté l'effrayante immobilité du cadavre.

Dans les divers mémoires où j'ai consigné ces observations, j'ai eu spécialement pour but d'éclairer par de nouveaux faits la physiologie pathologique de la cinquième et de la septième paire. Peut-être aussi mes travaux sur l'électricité galvanique ont-ils contribué à rendre plus méthodique et plus général l'emploi de cette médication.

Je traiterai aujourd'hui de la paralysie des membres inférieurs, dépendant d'une maladie de la moelle épinière.

C'est une affection bien fréquente, qui réduit les malades à la plus triste condition, et contre laquelle les moyens les plus puissants échouent journellement ; toutefois, j'ai vu M. Magendie obtenir des cures extrêmement remarquables à l'aide du galvanisme. J'ai eu souvent aussi à m'applaudir de son emploi, même dans des cas désespérés. Parmi les nombreuses observations que j'ai pu recueillir, je choisirai le fait suivant, qui me semble présenter un véritable intérêt pratique, et qui d'ailleurs me permettra de donner quelques indications générales sur le traitement de la paralysie par l'électricité.

OBS. — Mademoiselle Virginie T..., âgée de 17 ans, tomba de sa hauteur sur la partie antérieure du tronc, en courant dans

(1) Séance du 20 octobre 1840.

un corridor, le 6 mai 1839; elle ressentit à l'instant même une vive douleur dans les genoux. Cependant elle se releva, et put continuer de marcher assez librement le reste de la journée: mais, le lendemain, les genoux étaient tellement sensibles qu'il lui fallut garder le lit. Il n'existait ni gonflement dans l'articulation, ni contusion, ni rougeur des téguments. La douleur avait plutôt le caractère névralgique.

Des sangsues, puis des vésicatoires, furent appliqués autour des genoux sans amélioration. La malade se plaignait d'élancements aigus, qui tantôt s'irradiaient vers les extrémités inférieures, et tantôt semblaient remonter jusque vers la moelle épinière, en suivant le trajet des principaux cordons nerveux.

Au bout de deux mois de traitement, la maladie avait changé de caractère sans changer de gravité. Ainsi la douleur des genoux consistait surtout dans un sentiment de gêne, de pesanteur, d'anéantissement qui rendait la station impossible, et s'exaspérait dès l'instant où mademoiselle Virginie essayait, à l'aide de béquilles, de faire quelques pas.

On insista de nouveau sur le repos, les fomentations émollientes et résolutives, les rubéfiants de la peau, les révulsifs vers l'intestin. Tout échoua. La compression méthodique et continue des genoux fut également sans succès. C'est alors que la malade, après quinze mois d'une médication impuissante, se décida à venir à Paris.

Une consultation eut lieu : les opinions furent partagées. Les uns, frappés surtout de la souffrance locale, ne virent là qu'une affection articulaire, probablement de nature rhumatismale, et ils conseillèrent les eaux de Néris; les autres, au lieu d'attribuer la faiblesse extrême des membres à l'état seul des genoux, ceux-ci n'étant ni gonflés ni rouges, et la pression n'exaspérant pas les douleurs, pensèrent que le siége de la maladie était dans la moelle épinière, et que c'était contre cet organe que devait être dirigé le traitement. Mais la première opinion prévalut, et mademoiselle Virginie partit pour Néris, où elle resta six semaines.

L'effet des eaux fut des plus fâcheux : il survint une sorte de surexcitation générale, et la paraplégie fut bientôt complète. A son retour à Paris, la malade ne pouvait se servir de ses jambes, même avec l'aide de béquilles, et il fallut, en descendant de voiture, la porter dans son lit.

M. Lisfranc fut appelé; il fit appliquer à diverses reprises sur la colonne vertébrale des sangsues, des cautères et des moxas. Il prescrivit également la strychnine à l'intérieur. Sous l'influence de ces moyens, il survint un peu d'amélioration, et quelques

mouvements reparurent dans les membres inferieurs; mais le mieux s'arrêta, et pendant plusieurs mois encore, le mal resta stationnaire. C'est alors que M. Lisfranc me fit mander en consultation.

Voici quel était l'état de mademoiselle Virginie lorsque je la vis pour la première fois.

Elle n'éprouvait plus que par intervalle, et dans les changements de temps, de la douleur dans les genoux, qui du reste avaient l'aspect parfaitement normal. Les mouvements des membres inférieurs étaient très-faibles, très-obscurs. Elle n'aurait pu, étant couchée, soulever le pied, la jambe tendue. Tout ce qu'elle pouvait faire, c'était de ramener avec beaucoup d'effort le talon vers la cuisse, sans qu'il quittât le drap, puis de l'allonger de nouveau. Soulevait-on le membre, il retombait lourdement, entraîné par son poids dès l'instant où on cessait de le maintenir, Si on essayait de mettre la malade debout, elle ne pouvait prendre de point d'appui sur le sol; ses jambes vacillaient et se dérobaient sous elle. Quant à la sensibilité, bien que devenue très-obtuse, elle était moins compromise que le mouvement. Je ne notai aucune différence dans le degré de paralysie de l'un et l'autre membre. Ils étaient notablement amaigris, sans pourtant qu'il y eût encore de signes d'atrophie musculaire. Du côté de la vessie, du rectum et des autres appareils, aucun trouble, aucune souffrance.

Il importait surtout d'examiner avec le plus grand soin l'état de la moelle épinière. Je soumis chaque vertèbre à une exploration spéciale et minutieuse; mais il me fut impossible de constater la plus légère déviation ni la moindre sensibilité anormale.

Et cependant une maladie de la moelle épinière me paraissait pouvoir seule rendre compte de cette double paralysie des membres inférieurs. Avions-nous affaire là à une de ces affections simplement nerveuses qui s'attaquent à la fonction même de l'organe, sans produire de lésion appréciable dans son tissu? Ce fut mon diagnostic; aussi n'hésitai-je pas à conseiller l'emploi de l'électricité.

La première séance eut lieu le 12 juin 1842. Il y avait par conséquent plus de trois ans que la paralysie durait.

Je plaçai un des conducteurs de la machine de Clarke au niveau des premières vertèbres lombaires; l'autre conducteur à la tête du péroné. Ce second conducteur fut successivement appliqué sur l'une et l'autre jambe. J'eus soin de n'employer qu'une très-faible dose de fluide. Sous son influence, il y eut quelques

contractions dans les muscles des cuisses, et dans les péroniers latéraux : à peine de la douleur.

Le lendemain, nouvelle application galvanique. Comme mademoiselle Virginie n'avait été nullement agitée, qu'elle n'éprouvait ni souffrance ni malaise, nous procédâmes avec moins de timidité que la veille. Tout se passa fort heureusement, et aucune complication ne vint, les jours suivants, interrompre ou modifier notre traitement.

Au bout d'une huitaine de séances (elles duraient chacune environ dix minutes), nous avions obtenu de notables améliorations. Ainsi l'action galvanique déterminait, dans les parties paralysées, des contractions de plus en plus fortes et une sensibilité plus vive. La malade pouvait, sans l'assistance de personne, soulever la jambe au-dessus de son lit, la maintenir étendue, et diriger ses mouvements en la laissant retomber à son gré. Elle commençait également à se tenir un peu debout, à l'aide de béquilles ; aussi se sentait-elle pleine d'espoir et de courage.

Le moment me parut opportun pour rendre le traitement plus actif. J'implantai une aiguille assez profondément à la partie postérieure et moyenne de la région lombaire, et je la mis en contact avec un des conducteurs. Quant à l'autre conducteur, je l'appliquai successivement à la cuisse, à la jambe, au pied, choisissant de préférence les endroits où les muscles se contractaient le moins bien. L'amélioration devint de plus en plus rapide. Chaque jour nous avions à constater un nouveau progrès du côté de la sensibilité et du mouvement.

Enfin, à la vingtième séance; mademoiselle Virginie put faire quelques pas, appuyée seulement sur une canne.

M. Lisfranc visitait très-régulièrement la malade, et constatait par lui-même l'heureuse influence du traitement. Je donnais une séance à peu près tous les jours. Il n'y avait d'interruption qu'aux époques menstruelles et quand il survenait un peu d'agacement nerveux ou d'insomnie. Un jour de repos suffisait le plus souvent pour rétablir le bien-être et le calme.

Comme l'aiguille implantée dans la région lombaire avait notablement accéléré les progrès, sans fatiguer la malade, je plaçai deux nouvelles aiguilles, une à chaque jambe, un peu au-dessous de la tête du péroné. Bien entendu que j'eus soin, comme pour la première aiguille, de diminuer la force de l'appareil, dans la crainte de stimuler trop vivement la contractilité musculaire.

Le mieux continua. Il serait fastidieux et sans aucune utilité pratique de rapporter les détails de chaque séance. Elles ne va-

rtaient que par la position des aiguilles des membres, qu'il me fallait placer tantôt à la cuisse, et tantôt à la jambe ou au pied, suivant que je voulais agir plus spécialement sur quelque muscle retardataire. Je dirai donc d'une manière générale que, sous l'influence de l'électricité galvanique, la paralysie de mademoiselle Virginie disparut complétement, et que nous dûmes cesser le traitement dans le mois d'octobre de la même année où nous l'avions commencé.

Au printemps suivant, mademoiselle Virginie, de retour dans sa famille, prit encore, d'après mes conseils, quelques séances d'électricité galvanique. Elle s'en trouva fort bien, et bientôt elle eut assez de force et d'agilité pour se livrer à toutes les distractions et tous les exercices de son âge.

Voilà plus de cinq ans aujourd'hui (1848) que la malade a cessé tout traitement. Elle s'est mariée il y a peu de temps, et comme, dans aucune circonstance, elle ne s'est ressentie de son ancienne paraplégie, je n'hésite pas à regarder la guérison comme complète et définitive.

Remarques. — Si, dans le principe, on a pu se méprendre sur la nature de la maladie dont mademoiselle Virginie était atteinte, les effets du traitement prouvent jusqu'à l'évidence que c'était une affection de la moelle épinière. Quant à son mode de développement, il semblerait que c'est consécutivement que la moelle s'est entreprise, et que tout d'abord le mal a été limité aux genoux. Remarquez que ceux-ci sont restés longtemps douloureux avant qu'il survînt aucun symptôme paralytique. Par quel mécanisme s'est opérée cette extension de la maladie jusqu'à la moelle ? Nous ne dirons pas qu'il y a eu sympathie ; car le mot sympathie, par cela seul qu'il s'applique à tout, n'explique rien. Je crois bien plutôt qu'il s'est opéré là quelque chose d'analogue à ces phénomènes de sensibilité récurrente que M. Magendie a, le premier, signalés et décrits. En effet, la douleur des genoux n'a jamais été franchement inflammatoire : elle avait le caractère de la névralgie. Or, puisque la sensibilité normale se propage quelquefois de la périphérie au système nerveux central, ne pourrait-il pas en être de même de la sensibilité exaltée ?

Le fait physiologique, auquel je viens de faire allusion, est trop connu encore pour que je n'aie pas besoin d'entrer ici dans quelques développements.

Tout le monde sait aujourd'hui que, des deux racines qui composent chaque nerf rachidien, l'antérieure est destinée au mouvement, la postérieure à la sensibilité. Mais ce qu'il n'est

pas permis non plus d'ignorer, c'est l'influence que la racine postérieure exerce sur l'antérieure. Voici à cet égard les résultats auxquels M. Magendie est arrivé.

Quand on a ouvert le rachis avec les précautions convenables et mis à nu une paire de nerfs, si on pince la racine antérieure, on trouve qu'elle est sensible, moins cependant que la postérieure. Coupez cette racine antérieure par le milieu, le bout qui tient à la moelle devient tout à fait insensible, tandis que le bout périphérique n'a rien perdu de la sensibilité.

Ainsi, premier fait ; la racine antérieure ne puise pas directement sa sensibilité dans la moelle épinière.

Pour démontrer quelle est la source de cette sensibilité, M. Magendie divise sur la même paire la racine postérieure. A l'instant le bout périphérique de la racine antérieure, que nous avions dit être resté sensible, devient entièrement insensible.

C'est donc de la racine postérieure qu'émane la sensibilité de la racine antérieure.

M. Magendie arrive aux mêmes déductions par l'expérience suivante. Au lieu d'inciser la racine antérieure, il la laisse intacte ; seulement il coupe la racine postérieure. Aussitôt l'antérieure perd toute sensibilité.

Ainsi la racine postérieure reçoit de la moelle épinière une double sensibilité, l'une qui lui reste en propre et constitue sa sensibilité spéciale, l'autre, au contraire, qui reflue dans la racine antérieure. C'est cette sensibilité en retour, la seule dont jouisse la racine antérieure, que M. Magendie désigne par l'épithète de *sensibilité récurrente*. En effet, pour parler le langage de la physique, si vous représentez la sensibilité de ces racines par deux courants, il est évident que la racine postérieure procède de la moelle à la périphérie, et celui de la racine antérieure de la périphérie à la moelle.

Ces expériences sont si positives, et elles offrent des résultats tellement tranchés, que j'ai entendu M. de Humbold dire à M. Magendie qui les répétait devant lui : « C'est clair comme les mathématiques. »

Comment expliquer ce reflux de la sensibilité ? M. Magendie avait présumé d'abord que, dans le point où les deux racines se réunissent pour former le nerf, quelque filet de la racine postérieure se détachait de cette racine et rétrogradait dans l'antérieure. Mais l'examen au microscope ne lui a rien fait voir de semblable ; de plus, il s'est assuré qu'en coupant le tronc du nerf plusieurs centimètres au delà de la jonction des deux racines, celles-ci étant intactes, la racine antérieure perdait sa sensibi-

lité. Il faut donc que le phénomène de récurrence se passe plus loin. Mais à quel endroit et par quel mécanisme? Attendons pour répondre que l'expérience ait prononcé.

J'ai dû rappeler quelques-uns des faits relatifs à ce singulier phénomène; car, bien que sa découverte remonte à 1839 (1), c'est seulement dans ces derniers temps que, grâce aux nouvelles expériences de M. Magendie, habilement répétées par M. Bernard, il a cessé d'être l'objet d'aucune contestation.

Peut-on dès aujourd'hui en faire quelque application à la pathologie du système nerveux? Voici comment je crois pouvoir expliquer la maladie de mademoiselle Virginie.

Il y a eu, par le fait de la chute sur les genoux, contusion des filaments nerveux qui enveloppent l'articulation. Bientôt l'irritation s'est propagée de ceux-ci au tronc des nerfs eux-mêmes, s'irradiant dans leurs divisions terminales, et de plus, ainsi que l'indiquait la douleur, remontant par les rameaux d'origine jusqu'à la moelle épinière. Cette période de la maladie a été caractérisée par des élancements aigus dans la profondeur des membres, du bassin et des lombes; mais bientôt, et c'est ce qu'on observe souvent dans les névralgies, à une exaltation vive de la sensibilité succéda un état tout opposé. La douleur diminua graduellement, et, en même temps, apparurent des phénomènes de prostration musculaire qui aboutirent peu à peu à une paralysie complète.

Telle a été, si je ne m'abuse, la gradation, tel a été l'enchaînement des symptômes offerts par mademoiselle Virginie. La paralysie qui a frappé les nerfs supérieurs à la contusion serait donc une sorte de paralysie récurrente.

Et qu'on ne croie pas que le fait signalé par M. Magendie soit un phénomène simplement isolé. L'illustre physiologiste a constaté la sensibilité récurrente dans d'autres nerfs encore que ceux du rachis, spécialement dans la septième paire.

Quand ces études expérimentales auront reçu les développements et les applications dont elles sont susceptibles, elles devront donner la clef de beaucoup de problèmes encore entourés de mystères. Ainsi, par exemple, n'est-ce pas à la sensibilité récurrente qu'il faut rapporter la réapparition de la sensibilité dans un nerf dont on a divisé le tronc, ou même qu'on a excisé dans une partie de sa longueur? Je n'aperçois point d'autre voie pour le retour de la sensibilité, puisque toute relation directe

(1) Voir les *Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux*, professées au collége de France par M. Magendie, rédigées par M. Constantin James.

entre le nerf et le système nerveux central a été complètement interceptée.

Quoiqu'il en soit de la valeur de ces aperçus, il n'est pas douteux que la maladie de mademoiselle Virginie n'ait été exempte de toute lésion organique, sans quoi l'électricité eût aggravé la paralysie au lieu de la guérir.

Considérations générales.—La paralysie des membres inférieurs peut s'attaquer isolément au mouvement ou à la sensibilité. Presque toujours elle affecte l'un et l'autre à la fois, mais à des degrés différents ; ainsi le mouvement est d'ordinaire plus compromis que la sensibilité. Sous ce rapport, les paralysies faciales sont plus indépendantes les unes des autres. Cela doit être, puisque, pour la face, deux nerfs spéciaux, la cinquième et la septième paire, président à la sensibilité et au mouvement, tandis que, pour les membres inférieurs, ces deux nerfs sont représentés par deux racines qui se confondent bientôt en un seul et unique nerf.

Je n'ai point à énumérer ici les phénomènes qui caractérisent la paraplégie ; je veux seulement indiquer les principales circonstances qui se rattachent à son traitement par l'électricité galvanique.

Il faut, avant tout, bien s'assurer que la paralysie ne dépend pas d'une maladie organique de la moelle ou de ses enveloppes. S'il y a déformation de l'épine, saillie ou dépression anormale de quelque vertèbre, douleur sourde, abcès, trajet fistuleux communiquant avec le rachis, en un mot, s'il existe quelque indice d'une lésion matérielle, on ne doit point tenter l'emploi de l'électricité galvanique. On s'en abstiendra également tant qu'il existera de la fièvre et autres symptômes inflammatoires. Il convient, au contraire, d'y recourir avec confiance et sécurité dans des paraplégies, dites essentielles, qui dépendent d'une perturbation des fonctions de la moelle épinière, sans altération appréciable de son tissu. C'est pour avoir négligé ce diagnostic et employé indistinctement l'électricité dans tous les cas, qu'on a eu à regretter de si fréquents mécomptes. On s'en est pris alors au moyen lui même, tandis qu'il n'eût fallu accuser que son usage intempestif.

Dans les cas douteux, je n'hésite pas à essayer le galvanisme, mais à dose trop faible pour pouvoir nuire, bien que suffisante pour indiquer s'il faut continuer ou suspendre; ainsi, par exemple, je fus appelé, dans les premiers jours de novembre 1846, près d'un de mes confrères, le docteur A., qui, depuis plus de deux mois, présentait tous les signes d'une maladie de la moelle

épinière. Y avait-il là une affection organique? Il était permis de le craindre en face des phénomènes suivants.

La paralysie des membres inférieurs était complète. Plus de traces de sensibilité. La vessie et le rectum avaient perdu leurs facultés contractiles, au point qu'il existait une incontinence absolue des urines et des matières fécales. Les membres supérieurs avaient également été atteints. Ainsi le malade était devenu extrêmement maladroit, ne pouvant écrire ni même tenir un objet entre ses doigts, et se plaignant sans cesse que sa sensibilité tactile était émoussée. Les mouvements du thorax étaient pénibles, inégaux, entrecoupés de grandes inspirations. Parler difficile; sentiment de constriction dans l'arrière-gorge, avec gêne pour avaler, surtout les aliments liquides. Enfin il existait un strabisme notable, rappelant assez celui qu'on détermine à volonté dans les expériences, en blessant, chez les animaux, certaines parties du cervelet ou de la protubérance.

Tous ces accidents s'étaient déclarés progressivement et sans cause connue, affectant d'abord les extrémités inférieures, puis s'étendant aux régions plus élevées, comme si de proche en proche le mal envahissait la moelle dans toute sa longueur. Ajoutons à cela que le père du malade avait succombé à une affection organique de la moelle épinière.

Quatre cautères furent appliqués le long du rachis, mais, sous leur influence, la paralysie ne fit que s'aggraver. L'état du malade devint alors d'autant plus affreux, qu'on ne savait plus quelle attitude lui donner dans le lit, à cause de la gêne et de la souffrance des plaies du dos.

L'insuccès des cautères, l'absence de douleurs du côté de la moelle avant et pendant la maladie, l'état apyrétique, d'autres circonstances encore me firent espérer qu'il n'y avait là qu'une simple affection nerveuse, sans lésion organique. J'appliquai l'électricité. Dès la troisième séance, il y avait de l'amélioration. Les progrès continuèrent, et au bout de quelques mois de traitement, le malade entrait en convalescence.

Une paraplégie étant donnée, j'admets que la moelle est intacte dans son tissu et ses enveloppes, et par conséquent qu'il n'existe aucune contre-indication. Comment devra-t-on procéder? J'ai déjà en grande partie indiqué la marche à suivre en rapportant l'observation de mademoiselle Virginie; aussi n'ajouterai-je que quelques mots.

L'appareil dont M. Magendie et moi nous nous servons habituellement est l'appareil électro-magnétique de Clarke. Son action est très-douce, et peut facilement être graduée; il offre,

indépendamment de son extrême commodité, un grand avantage sur la pile à auges de Volta : c'est de pouvoir agir sans l'emploi d'aiguilles, ou sans que la peau ait été préalablement dépouillée de son épiderme.

Un des conducteurs, celui qui communique avec le pôle zinc, sera placé au niveau des dernières vertèbres lombaires, de manière à agir sur la moelle elle-même. L'autre conducteur, ou pôle cuivre, devra correspondre à la tête du péroné. L'observation a prouvé que c'est le lieu le plus favorable. D'ailleurs, c'est là que le sciatique poplité externe est le plus superficiel, et par conséquent qu'il est le plus accessible au fluide.

Il faut prendre garde d'intervertir brusquement l'ordre des pôles. Si vous appliquez le pôle cuivre à l'aiguille supérieure, le pôle zinc à l'aiguille inférieure, ce changement dans la direction des courants pourra produire une commotion trop forte, sans profit aucun pour le malade.

Je n'ai recours d'habitude aux aiguilles qu'au bout de quelques séances, alors que j'ai la preuve que l'électricité est bien supportée. On conçoit que les aiguilles rendent le traitement bien plus efficace, puisqu'elles portent directement le fluide dans la profondeur des muscles, au lieu de le distribuer seulement à la surface du derme. Quant à leur choix, à leur mode d'implantation et aux modifications que j'ai fait subir à l'appareil de Clarke, je ne puis que renvoyer à mes précédents mémoires, où ces sujets ont été l'objet d'assez longs développements. On pourra également consulter avec fruit la remarquable thèse de M. de Puisaye, qui a pour titre : *De l'électricité considérée comme moyen thérapeutique*.

L'action immédiate du galvanisme sur les membres paralysés n'est pas toujours la même. Elle ne détermine le plus souvent, dans les premières séances, que de faibles contractions : quelquefois même celles-ci sont à peine perceptibles. J'ai vu, au contraire, des cas où d'emblée les muscles se contractaient avec une grande énergie, bien que les mouvements volontaires fussent à peu près nuls.

Certains muscles paraissent être plus réfractaires que les autres à l'action du galvanisme. Dans ce cas, il faut les attaquer directement en implantant une aiguille dans leur principal faisceau. J'emploie ainsi quelquefois jusqu'à cinq à six aiguilles dans la même séance.

On doit éviter de placer les aiguilles dans des parties tendineuses ou aponévrotiques. Les douleurs seraient beaucoup plus vives, et il y aurait à peine des contractions.

Il est rarement utile d'administrer l'électricité sous forme de courant continu. Mieux vaut agir d'une manière intermittente, en touchant l'aiguille à de petits intervalles, et en variant les doses du fluide, que l'on augmentera progressivement, tout en évitant de donner de violentes secousses. Il faut savoir, sous ce rapport, résister à certains malades, qui, dans leur impatience de guérir, réclament un traitement plus énergique. Si vous saturez spontanément le nerf d'une trop grande quantité de fluide, vous pouvez déterminer des phénomènes d'engourdissement et d'insensibilité, et par suite aggraver la paralysie. Qui ne sait que la décharge d'une forte bouteille de Leyde laisse après elle un sentiment pénible qui met souvent plusieurs jours à se dissiper?

Ce n'est ordinairement que quelques heures après la séance, ou même le lendemain, que le mieux se fait sentir. Souvent les malades éprouvent, dans l'intervalle d'une séance à l'autre, des fourmillements, des soubresauts, de petits élancements sur le trajet des nerfs paralysés, comme s'il s'opérait là une sorte de travail intersticiel, dépendant de l'action du galvanisme. Tant que ces sensations ne dépassent pas certaines limites, elle peuvent être regardées comme un heureux présage.

Quand, au bout d'un certain temps de traitement, l'amélioration paraît s'arrêter et le mal rester stationnaire, il faut suspendre les séances, et ne les reprendre qu'au bout d'une ou deux semaines. Dans cet intervalle, les progrès obtenus se consolident, ou même de nouveaux se manifestent. Presque toujours aussi la reprise des séances est accompagnée d'un mieux notable, comme si l'action du galvanisme sur le système nerveux s'émoussait par le fait de l'habitude et avait besoin de se retremper par le repos.

Pendant la durée du traitement, les malades suivront un régime fortifiant : des boissons amères, des viandes rôties, du vieux vin de Bordeaux coupé avec de l'eau, et quelquefois pur. On fera plusieurs fois par jour exécuter des mouvements aux membres paralysés. On les frictionnera rudement, ainsi que la colonne vertébrale, avec une brosse sèche ou imbibée d'un liniment ammoniacal. Le massage sera encore fort utile pour combattre ou prévenir l'atrophie des muscles, celle-ci étant souvent le résultat de l'immobilité prolongée de leurs fibres. Je n'ai pas l'habitude d'employer, concurremment avec le galvanisme, des médicaments ou des agents thérapeutiques quelconques. Seulement, pour compléter le traitement, surtout quand il reste encore un peu de faiblesse ou d'incertitude dans les membres, je fais prendre aux malades des bains sulfureux, ou mieux, je les

envoie à une eau minérale. Parmi toutes les sources qui j'ai visitées, c'est à Bagnères-de-Luchon que je donne la préférence. J'ai vu aussi des cas où les bains de mer étaient extrêmement utiles; mais il faut pour cela que la réaction se fasse bien, en d'autres termes, que la chaleur revienne promptement à la peau.

Les paraplégiques sont en général très-impressionnables au froid. C'est une des raisons pour lesquelles il vaut mieux entreprendre le traitement en été qu'en hiver.

Il n'est pas un malade qui ne demande tout d'abord au médecin combien sa paraplégie mettra de temps à guérir. Malheureusement on ne saurait rien établir de positif à cet égard. Les paraplégies du mouvement m'ont paru guérir plus vite que celles du sentiment. Mais, quelque efficace que soit le traitement, les progrès sont loin d'être aussi rapides que pour les paralysies de la face.

J'ai vu des paralysies de la face guérir en huit ou dix jours. Dernièrement encore, cinq séances m'ont suffi chez un ancien militaire dont les traits étaient complétement déviés. Or je me hâte d'ajouter qu'il est très-rare que le galvanisme triomphe d'une paraplégie avant plusieurs semaines. Souvent même il faut des mois pour que la cure soit achevée.

Peut-on expliquer d'une manière précise le mode d'action de l'électricité galvanique sur les nerfs paralysés? Je ne le pense pas. L'analogie qu'on a voulu établir entre le prétendu fluide nerveux et le fluide électrique n'a fait que compliquer la question au lieu de la résoudre. D'ailleurs les nerfs ne se comportent pas du tout comme de simples conducteurs. Coupez la racine postérieure d'une paire rachidienne, c'est en vain que vous ferez passer un courant galvanique à travers le bout périphérique de cette même racine, ou à travers la racine antérieure; la perte définitive de la sensibilité directe ou récurrente empêche toute action du galvanisme. Au contraire, celle-ci sera très-marquée si vous faites passer le courant à travers le bout adhérent, c'est-à-dire sensible, de la racine postérieure. Un nerf agit donc autrement qu'un conducteur, puisqu'il suffit, pour l'empêcher de transmettre l'influence électrique, de changer ses rapports avec le système nerveux central.

M. Magendie, à qui l'on doit cette expérience, en conclut « que « ce n'est pas en raison de leurs propriétés physiques que les « nerfs réagissent sur le cœur (1), quand ils sont traversés par

(1) Comme toute sensation vive réagit sur le cœur et modifie son jeu, M. Magendie, dans le but de se rendre compte des impressions de l'animal, adapte à l'artère carotide un petit instrument qu'il appelle cardiodynamomètre, ou, par

« un courant électrique, mais bien par leurs propriétés physio-
« logiques. Nouvelle preuve que l'électricité et l'action nerveuse
« sont deux phénomènes qu'il ne faut ni confondre ni même
« rapprocher. »

M. Magendie a établi par d'autres expériences encore que la réaction cardiaque, sous l'excitant électrique, est plus forte dans les racines postérieures que dans les antérieures, et que son intensité, dans ces deux sortes de nerfs, est en raison du degré de sensibilité de chaque nerf.

Ce sont là sans doute des résultats fort curieux, mais il reste encore à connaître ce qui se passe dans un nerf qui, sous l'influence du courant électrique, recouvre ses propriétés motrices et sensitives. Peut-être cette question est-elle autant du domaine de la physique que de la physiologie.

Comme je me suis surtout proposé de donner à ce travail un caractère essentiellement pratique, je me résume en disant que l'électricité galvanique, appliquée à propos, est un moyen puissant, peu douloureux, sans danger aucun, qui, dans la plupart des cas, peut remplacer avec avantage les autres traitements, et qui même a réussi souvent alors que ceux-ci avaient échoué.

Du quinquina contre la goutte et le rhumatisme; par M. AUDOUARD, médecin principal d'armée retraité. (Mémoire lu à la société de médecine de Paris).

(Revue médicale, janvier 1848.)

La goutte et le rhumatisme, maladies qui sont placées à peu près sur la même ligne sous le point de vue nosologique, ont exercé dans tous les temps la sagacité des médecins. Ils ont donné lieu à des médications variées et souvent fort opposées entre elles. Aussi les remèdes qui, à certaines époques, avaient paru mériter la plus grande confiance, tombaient-ils bientôt en défaveur ; à un spécifique succédait un autre spécifique, sans que l'humanité en fût plus heureuse, ou moins en butte à ces maladies.

Parmi ces spécifiques fut rangé jadis le quinquina, qui, négligé et oublié, reparaît aujourd'hui sur la scène médicale pour justifier cette sentence d'Horace :

Multa renascentur quæ jàm cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore. . . . .

A l'époque de son importation en Europe, qui ne remonte que

abréviation, cardiomètre. A peine l'instrument est mis en rapport avec l'artère, qu'on voit, à chaque contraction du ventricule, le mercure osciller dans le tube manométrique. De cette manière, l'impulsion du cœur, suivant qu'elle est faible ou intense, donne la mesure des sensations.

vers le milieu du XVIIe siècle, il dut être employé contre beaucoup de maladies, moins rationnellement qu'à titre d'essai, et la goutte et le rhumatisme participèrent sans doute à ces essais. Mais l'usage n'en fut pas continué, probablement parce que ces maladies, que l'on considérait comme dépendantes d'une dégénérescence humorale, ne parurent pas devoir céder à un médicament qui ne provoquait ni évacuations, ni crises. L'humorisme régnait alors. Cependant Sydenham avait conçu de grandes espérances de ce moyen contre la goutte. « Entre les remèdes simples, dit-il, le « quinquina tient le premier rang, car il exalte le sang et lui « donne de la vigueur, si l'on en prend quelques grains matin « et soir. » Mais il y a loin de ce mode d'administration à celui que je ferai connaître plus tard. On trouve dans les *Ephémérides de la nature*, année 1714, l'opinion du docteur Held, qui tient le quinquina pour divin contre la goutte; et Small a publié, en 1777, les avantages qu'il en avait retirés sur lui-même, à l'imitation d'un pharmacien de Londres, qui s'en gorgeait l'estomac aux premières atteintes de goutte. Cependant ces premières données restèrent sans résultats. On continua à suivre les anciennes idées, et il en fut du quinquina contre la goutte comme de tant d'autres remèdes nouveaux, qui, accueillis avec indifférence par le plus grand nombre des médecins, deviennent le partage des empiriques, qui s'en servent sans discernement et sur la foi de la tradition, jusqu'à ce qu'une circonstance heureuse replace le médicament oublié sous les yeux d'un médecin judicieux, nullement asservi aux idées anciennes.

Tel avait été le quinquina, considéré comme anti-goutteux. Il était devenu l'arcane qu'un figaro portugais employait contre la goutte; et voici dans quelle circonstance il sortit de la boutique du barbier, pour reprendre le rang que Sydenham lui avait assigné.

En 1793, un moine du couvent de Citeaux, en Portugal, souffrant de la goutte, fit appeler le docteur Lemnos, professeur à l'Université de Coimbre. Ses souffrances étaient si fortes, qu'il priait le professeur de lui amputer les pieds, ce que ce dernier fut loin d'approuver, se bornant à exhorter le malade à prendre patience et à faire diète. Sur ces entrefaites, survint un chirurgien à peine digne du nom de barbier, selon le dire de l'auteur où je trouve cette observation : il promit prompte guérison. Le docteur Lemnos se prit à rire; mais le chirurgien insista, et on le laissa faire. Il donna d'abord un purgatif drastique, à la suite duquel, dans la même journée, il fit prendre un gros de quinquina d'heure en heure jusqu'à l'emploi de deux onces. Le lendemain, le docteur Lemnos, s'étant rendu auprès du malade qu'il croyait

trouver plus souffrant que la veille, fut tout étonné de le voir debout, marchant appuyé seulement sur un bâton. La guérison fut telle, que deux jours après le moine sortit de sa maison. Le docteur Lemnos employa ce traitement sur d'autres goutteux et obtint le même succès. Il en fit part au médecin de la reine de Portugal, le docteur Tavarès, sujet à la goutte, qui, confiant dans la pratique du docteur Lemnos, se traita par le quinquina, traita de même plusieurs de ses malades, et obtint des guérisons très-promptes. Un petit travail, contenant neuf observations, fut publié par le docteur Tavarès, en 1802, et traduit par le professeur Alphonse Leroy, en 1805, dans son *Manuel des goutteux et des rhumatisants.*

Dans ce manuel, l'auteur a payé son tribut pour mettre le quinquina en crédit contre la goutte. Six observations y sont rapportées en faveur de ce traitement. Elles ont été faites sur des individus placés, presque tous, dans des positions sociales très-élevées : on y remarque surtout celle qui fut propre à M. François de Neufchâteau, président du Sénat.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la goutte ; et quoique, fort de l'opinion de Baillou, de Barthez et d'un grand nombre de praticiens, je l'aie assimilée tout d'abord au rhumatisme sans crainte d'être contredit, il convient, je pense, de dire quelque chose de cette dernière maladie, qui est, dans ce moment, l'objet de l'attention des médecins; mais je dirai sommairement que Saunders a combattu le rhumatisme par de hautes doses de quinquina, que Fordyce et Haygarth tiennent ce médicament pour spécifique dans de semblables cas, et que Barthez dit que, si dans les temps avancés du rhumatisme aigu les forces sont languissantes et les urines sédimenteuses, il faut avoir recours au quinquina. Il s'étaye de l'autorité de Thompson, et combat Cullen, qui n'a admis l'écorce du Pérou contre la goutte et le rhumatisme qu'à titre de tonique de l'estomac et à petites doses, comme l'avait fait Sydenham. Je ferai remarquer, en passant, que tous ces auteurs ont écrit avant le docteur Tavarès : aussi ai-je eu raison de dire que le quinquina avait été employé par d'habiles médecins avant de devenir l'arcane du barbier de Citeaux. Les observations que ma pratique m'a fournies, et dont je vais donner connaissance, confirment pleinement les assertions qui précèdent. Je les considère comme autant de cas de goutte rhumatismale, assemblage morbide qui se présente si souvent à l'observation des médecins ; ces observations sont extraites d'un mémoire qui parut, en 1808, dans les *Annales de la Société de médecine pratique* de Montpellier.

Obs. I. — Le nommé Cam, du département des Bouches-du-Rhône, d'une constitution forte, d'un tempérament pituitoso-sanguin, soldat au 106ᵉ régiment de ligne, entra à l'hôpital militaire de Venise dès les premiers jours d'octobre 1806. Il était au troisième jour de sa maladie. Je le trouvai dans l'état suivant : impossibilité de mouvoir à volonté les extrémités inférieures ; douleur, gonflement, rougeur, chaleur et sensibilité vive aux genoux, aux malléoles et aux orteils. Il ne pouvait qu'avec peine supporter le drap du lit sur ces parties, moins encore être remué, ou qu'on donnât aux membres malades une nouvelle position. Il sentait naître de la douleur au coude et dans le poignet droits ; il y avait même de la raideur dans les doigts ; la figure était décomposée ; tous les traits exprimaient les plus vives souffrances.

Le malade, interrogé sur les maladies antécédentes, n'en indiqua aucune qui eût rapport avec celle qu'il éprouvait. Je ne pus tirer aucune induction de celles de ses parents, et j'appris que l'invasion de celle-ci avait été caractérisée par une sorte d'accès de fièvre dont la période de froid, qui dura deux heures, fut accompagnée de douleurs déchirantes au pied droit. A la rémission, l'extrémité resta impotente ; le gonflement et la rougeur s'y montrèrent bientôt aux articulations ; il y eut engourdissement général et pesanteur dans tous les membres. Le lendemain, le pied gauche et le genou furent pris des mêmes douleurs que le droit ; le jour suivant, il en survint autant à l'extrémité supérieure droite.

Cette affection était sous le type rémittent quotidien, puisque chaque jour était marqué par l'extension de la maladie, toujours dans le même ordre de temps et de système ; mais les paroxismes qui avaient suivi le premier n'avaient pas été aussi sensibles à cause de la continuité des douleurs, du trouble général et de la fièvre. Je n'avais pu méconnaître au premier abord l'affection goutteuse rhumatismale ; mais j'avais voulu m'assurer d'une manière plus positive de sa marche, les rapports que les militaires font sur les phénomènes antécédents de leurs maladies étant le plus souvent infidèles. Je prescrivis des boissons délayantes et quelques anodins ; je laissai passer vingt-quatre heures, pendant lesquelles l'extrémité supérieure gauche, que j'avais vue libre encore, participa à l'affection. Il y avait de la raideur, même de la douleur à la colonne vertébrale.

Le patient, ainsi cloué des quatre membres, craignait jusqu'à l'approche des infirmiers ou de ses camarades vers son lit : s'ils faisaient quelques pas tout autour, ses douleurs en étaient augmentées, et l'idée seule qu'on allait toucher à sa couverture lui

faisait pousser les hauts cris. Je le vis le soir, son état n'était pas changé.

Le lendemain, à ma visite du matin (cinquième jour de la maladie), on me rapporta que ses cris de douleur avaient empêché les malades de la salle de dormir. Je résolus de mettre fin à tant de souffrances par les moyens les plus prompts. Ma pratique ne m'avait pas encore fourni l'occasion de vérifier la bonté du traitement proposé par le docteur Tavarès, ni de confirmer la vérité des observations dont son traducteur, le professeur Alphonse Leroi, a augmenté cet opuscule; mais le procédé, s'il était bon, me paraissait le plus propre à remplir mes vues de soulager promptement.

En conséquence, je prescrivis d'abord un apozème salin, c'est-à-dire une once de sulfate de magnésie dans une décoction d'espèces amères. J'avoue que ce ne fut que pour ne pas m'écarter du traitement conseillé; car je n'ai jamais pu me persuader l'utilité du purgatif dont quelquefois on n'a pas même attendu l'effet. S'il n'est pas nuisible, je le crois au moins inutile. Deux heures après son administration, je fis prendre deux gros de quinquina, deux heures après, autant, et ainsi de suite jusqu'à terminaison de deux onces qui étaient prescrites; quatre bouillons dans la journée. A cinq heures du soir, je trouvai le malade dans le même état, il avait pris une once de quinquina.

Vers minuit, époque de la dernière prise, l'effet du remède était déjà marqué par de moindres douleurs : elles se calmèrent graduellement et avec une telle rapidité, qu'à cinq heures du matin, étant à l'hôpital pour faire ma visite, je trouvai mon malade sur pieds, s'étant déjà promené plus d'un quart d'heure dans la salle. Je le fis coucher ; j'examinai ses articulations, le toucher n'y causait plus de douleur, elles n'étaient plus rouges, mais seulement gonflées. Je prescrivis quelques aliments, demi-once de quinquina et quelques cordiaux ; je répétai les mêmes prescriptions le lendemain encore, et cet homme sortit de l'hôpital peu de jours après, parfaitement guéri. J'eus occasion de le rencontrer plusieurs mois après, il m'assura n'avoir plus rien éprouvé. La promptitude de cette guérison frappa d'étonnement tous ceux qui avaient été témoins des souffrances atroces de ce militaire. On criait au miracle.

Obs. II. — M. le comte F..., Vénitien, avait eu plusieurs attaques de goutte régulière dans l'espace de peu d'années. Il était âgé de 55 ans et avait de l'embonpoint. Au mois de janvier 1807, il fut pris d'une nouvelle attaque qui se borna au pied droit : il y avait quatre jours qu'il en souffrait lorsqu'un de

ses amis m'engagea à le voir. Je lui parlai du traitement qui avait en sa faveur de nombreuses observations ; je lui rapportai celle que je viens de décrire, et il se décida à se faire traiter de même. Pour cette fois, je supprimai le purgatif, j'administrai le quinquina comme dans l'observation précédente et j'obtins le même résultat.

Obs. III. — Le nommé ....., canonnier venant de la garnison de Lido, petite île à l'entrée du port de Venise, se plaignait depuis quelque temps de douleurs alternatives, mais non interrompues dans les articulations, et de difficulté de fermer ses mains. Ses douleurs devinrent plus fortes dans le mois de janvier 1807, et il entra à l'hôpital. Son état et les questions que je lui adressai me montrèrent un homme robuste qui n'avait eu que quelques maladies vénériennes peu graves. Les douleurs qu'il éprouvait alternaient d'une extrémité supérieure à l'autre sans caractère inflammatoire. Je fus témoin de cette alternative toutes les vingt-quatre heures pendant huit jours. Il y avait un peu de gonflement à la partie et de la rigidité. Pendant ces huit jours, cet homme fut tenu aux boissons sudorifiques et prit quelques bains ; mais, son état étant toujours le même, je me décidai à lui donner demi-once de quinquina , et il fut pendant une semaine sans rien éprouver. Au retour des douleurs, même dose de quinquina, même résultat. Ceci se répéta plusieurs fois, jusqu'à ce qu'enfin, convaincu de l'utilité du remède, j'entrepris d'expulser entièrement la maladie. A cet effet je donnai demi-once de quinquina tous les jours pendant une semaine, et cet homme a été exempt des douleurs pendant deux mois. Je n'ai pu suivre plus longtemps cette observation, ayant quitté l'hôpital militaire français de Venise, pour aller prendre le service de celui de Rome, au printemps de 1807.

Cette dernière observation, qui offre un cas de goutte rhumatismale chronique, atteste les bons effets du quinquina contre cette maladie , dont les accès, peu marqués, se répètent fréquemment, ce qui me parait avoir été pressenti par le professeur Alphonse Leroi, mais non point constaté par des faits pratiques.

Obs. IV. — A ces observations, qui datent de 1806 et 1807, je vais en joindre une autre d'une date plus récente. En 1841 , je fus consulté pour M. D. S. courtier de commerce à Paris, âgé d'environ 60 ans, d'une stature athlétique, et d'un tempérament sanguin. Il souffrait depuis deux mois de la goutte aux deux pieds : c'était là sa première attaque. Ne pouvant vaquer à ses affaires, il était fort contrarié de devoir garder l'appartement. Aussi, il se décida facilement pour une médication qui lui pro-

mettait une prompte guérison. A cet effet il prit, d'après mon avis, quarante grains de sulfate de quinine, en plusieurs doses dans la même journée, et se trouva très-soulagé. On vint me faire part de ce résultat, et je conseillai de moindres doses de sulfate de quinine à prendre pendant quatre jours de suite, pendant lesquels les douleurs se calmèrent par degrés, et M. D. S. put sortir et vaquer à ses affaires.

Si je cherche à savoir pourquoi le traitement de la goutte et du rhumatisme prôné par Alphonse Leroi, en 1803, a été négligé et est tombé dans l'oubli, j'en trouve la raison dans la cherté du quinquina pendant toute la durée de l'empire. Alors on était moins porté à prodiguer le fébrifuge contre diverses maladies, qu'à en restreindre l'usage même contre les fièvres intermittentes, qui le réclament si impérieusement. Tout le monde sait que l'une des pensées qui occupaient le plus les médecins, était celle de trouver des succédanés au quinquina; et voilà probablement pourquoi on a continué à traiter la goutte et le rhumatisme comme dans les temps antérieurs. Aujourd'hui que le quinquina et surtout le sulfate de quinine sont à des prix très-modérés, il est à propos que l'on reprenne les expériences déjà tentées contre la goutte et le rhumatisme, expériences auxquelles j'ai pris part, dans le temps. Aussi je ne puis qu'applaudir aux travaux de M. le docteur Briquet sur cette importante question.

Cependant je ne puis me dispenser de faire remarquer que toutes les guérisons, obtenues par moi et par les médecins qui m'avaient précédé dans cette pratique, sont dues à deux onces au plus de quinquina données dans la même journée, tandis qu'aujourd'hui on administre le sulfate de quinine à la dose de cinq ou six grammes, ce qui équivaut à cinq ou six onces de quinquina au moins. Aussi les deux onces de quinquina guérissaient sans produire aucun fâcheux accident du côté du cerveau; il n'en est pas de même du sulfate de quinine donné à haute dose ; c'est ce que l'observation a déjà constaté.

Traitement des causes des névralgies; par le docteur S. SANDRAS, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Journal des Conn. médico-chir., février 1848.)

La première chose à examiner dans le traitement des névralgies, comme dans toutes les maladies, et plus peut-être, c'est l'indication. Ces maladies sont si semblables par les apparences symptomatiques, et malgré cela si diverses par leur origine, par les organes qu'elles troublent dans leurs fonctions, par les indications qui résultent de là, qu'il est indispensable de ne rien lais-

ser perdre de ce qui peut s'utiliser dans le traitement. En ce qui regarde ces maladies, j'ai la certitude de n'en avoir presque pas traité que je ne les aie guéries ou très-notablement soulagées. — J'attribue ce succès au soin que je prends toujours de bien dresser et de formuler nettement les indications du traitement, et de travailler avec constance à les remplir toutes; celles que j'appelle générales, c'est-à-dire naissant du fond même de la maladie, de sa nature, de sa cause, celles que je nomme locales, c'est-à-dire résultant du siége qu'occupe la névralgie, celles que l'accès révèle, aussi bien que celles dont l'ensemble de la maladie présente le cortége.

C'est à ce quadruple point de vue que le traitement doit être institué. Chacun de ces points a une grande importance; aucun ne peut, sans un notable dommage, être perdu de vue. Ces indications générales, seules remplies, feraient attendre beaucoup trop longtemps au patient la cessation de ses douleurs; les locales, exclusivement suivies, laisseraient la maladie en puissance; celles de la maladie, celles de l'accès, offriraient, traitées seules, les mêmes inconvénients; de toutes, enfin, prises seules, résulterait une thérapeutique boiteuse et incomplète, malgré la valeur intrinsèque de chacune. — Ce n'est qu'en les reconnaissant, en les poursuivant dans l'ordre de leur importance présente, qu'on peut s'assurer le succès. C'est ce que vont démontrer les préceptes suivants, dont je ne crains pas de garantir l'utilité dans la pratique.

Parlons d'abord des indications générales qui doivent conduire le praticien.

Le médecin qui veut guérir une névralgie devra, en premier lieu, se laisser dominer par la cause générale de la maladie.

Si l'on peut constater que le mal résulte d'un état nerveux, c'est contre cet état qu'il faut incessamment guerroyer. Dans ces cas, point de guérison complète et définitive, si l'on ne parvient à modifier en bien la constitution; tout traitement local, qui n'est pas accompagné du changement dont je parle, n'est qu'un palliatif plus ou moins heureux. Quel qu'en soit le succès, je ne puis lui accorder une créance absolue, et je me crois forcé de prévoir le retour des accès. On a étouffé le symptôme, la maladie n'est pas détruite. Dans une névralgie par état nerveux, attendez-vous donc à changer cet état si vous voulez guérir définitivement; autrement comptez sur le retour du mal.

Si la cause de la névralgie est un rhumatisme, c'est le rhumatisme principalement qu'il faut combattre. On n'a pas affaire alors à une phlegmasie des séreuses articulaires ou autres, à

ces enflures, rougeurs, douleurs mobiles, qui constituent le rhumatisme aigu : il s'agit presque toujours d'une aptitude générale à contracter des douleurs soit de la peau, soit des muscles, soit des nerfs, aussitôt qu'une région, ou même seulement qu'une certaine partie est découverte, frappée d'un courant d'air, ou mouillée et refroidie au moment où elle était échauffée par l'exercice ou par la température extérieure; ou bien il s'agit d'une disposition analogue produite par un long refroidissement et une longue humidité froide, endurés sans qu'une réaction suffisante ait rendu à la partie ainsi mouillée et refroidie toute son activité vitale. Cette cause, commune à beaucoup de névralgies, exige un traitement tout spécial, celui du rhumatisme chronique. Alors conviennent des boissons chaudes, abondantes, légèrement excitantes et diaphorétiques, les infusions un peu aromatiques que le malade aimera le mieux ; un peu narcotiques, quand on pourra espérer de provoquer et d'aider par ce moyen la détente générale et la sueur qui en est l'indice. En même temps on fera subir au malade l'action de bains tièdes pendant 1, 2, 3 et même 4 heures, ou bien celle des bains de vapeur de nature diverse, suivant l'état général et local où il se trouvera. On maintiendra habituellement autour de lui une température de 15 à 18°; on le tiendra à l'abri des courants d'air, et on débarrassera autant que possible l'atmosphère de sa chambre de l'humidité, et surtout de l'humidité froide qu'elle pourrait contenir. Le régime sera relâchant et doux. On pratiquera, sur la partie douloureuse, ou des frictions légèrement camphrées et ammoniacales, ou des frictions aromatiques, ou des onctions narcotiques au moyen d'huile ou d'alcool, ou d'huiles essentielles chargées des principes narcotiques de l'opium, de la jusquiame ou de la cigüe. En même temps, on ne négligera pas de combattre le mal local, comme nous l'indiquerons tout à l'heure.

C'est dans des cas de cette espèce que peut réussir le traitement, dit hydro-sudopathique; mais il faudra ne l'appliquer qu'avec discrétion, c'est-à-dire quand tous les autres moyens moins graves auront échoué, et quand on aura affaire à des sujets capables de la réaction nécessaire pour que ce traitement réussisse. Je ne le conseillerais que dans ces cas, parce qu'il est toujours désagréable à subir et quelquefois dangereux. Je n'ai jusqu'à présent rencontré aucun cas où je me sois vu forcé d'y recourir.

En dernier lieu, enfin, un changement de climat peut devenir indispensable, au moins momentanément, et il faudra choisir, parmi tous les lieux que peut aller habiter le malade, celui qui

lui présentera le plus de ressources hygiéniques et médicamenteuses. Les pays secs et chauds, d'une température égale, seront à préférer; une habitation bien exposée et bien faite devra être recommandée; si à ces conditions on peut joindre l'usage de quelque source minérale bien connue pour ces curations, tout sera pour le mieux. Parmi ces sources, il faudra choisir les chaudes, sulfureuses ou ferrugineuses, qui pourront le mieux être appliquées au malade comme bains généraux ou locaux, douches, irrigations, fumigations, etc. Ces sources abondent au centre de la France, aux Pyrénées, dans les Vosges et l'Allemagne. Toutes sortes de considérations, et en tête la température et la minéralisation, devront servir de règle au médecin ; la beauté du climat et la richesse des modes d'application ne devront pas être dédaignées.

L'origine ou la complication goutteuse d'une névralgie ont quelquefois aussi une très-grande importance dans les indications générales du traitement. Ces indications générales peuvent avoir trois objets : 1° le soin à prendre du mal névralgique présent pour le calmer ; 2° la nécessité quelquefois de rappeler au lieu d'écarter la goutte devenue presque une portion du tempérament ; 3° le traitement de la goutte, pour prévenir le retour de ces névralgies, aussi bien que de tous les autres désordres inhérents à ce mal.

1° Pour le premier point, remarquons d'abord que la névralgie peut se présenter localement, comme s'il s'agissait d'une de ces maladies sans complication ; — alors il faudrait se comporter comme nous le dirons tout à l'heure en parlant du traitement particulier de ces névralgies : ou bien le mal peut revêtir une forme toute particulière; c'est là surtout ce que les gens du monde appellent, avec une grande apparence de raison, une goutte rentrée ou remontée. Les indications *locales* qui résultent de ce dernier état sont à la fois et plus pressantes et moins actives. Calmer la sensibilité générale par des bains surtout alcalins, appliquer sur le point malade des cataplasmes ou des compresses fortement arrosés de laudanum, conseiller le repos et en même temps la position la plus propre à soulager, une température douce, des fomentations calmantes et huileuses sur la partie malade ; voilà ce qu'il y a localement de mieux à faire.

2° Mais en même temps il ne faut pas perdre de vue la seconde indication, qui consiste à rappeler en son lieu d'élection la goutte qui s'était déplacée.

Tous les goutteux savent en effet que leur maladie a des habitudes, des périodes qu'ils distinguent fort bien ; quand la ma-

ladie s'est déplacée, a fait une jetée sur une ou plusieurs parties insolites du système nerveux, on est naturellement conduit à tâcher de faire rentrer le mal dans son lieu ordinaire; c'est une indication générale qui marche presque toujours avec celle que nous venons de mentionner. Pour cela, on a conseillé tous les moyens capables de provoquer la goutte au point qu'elle occupait ou à celui qu'elle aurait dû envahir. Des cataplasmes sinapisés appliqués sur ces parties, des cataplasmes irritants composés de toutes sortes de manières avec tous les corps un peu irritants qui vous tombent sous la main, des frictions assez rudes, sèches ou accompagnées de l'onction de substances comme celles que nous venons de citer, l'application de ventouses ou même de ventouses Junod sur les points à irriter, l'usage des boissons un peu diaphorétiques : voilà les moyens auxquels on s'adresse ordinairement; le plus souvent, en les combinant bien avec ceux du paragraphe précédent, on réussit, et la goutte régulière reste seule à combattre.

3° Ici la matière médicale est bien riche et bien pauvre tout à la fois. Il s'agit de détruire la goutte; on sait du reste quelle incroyable quantité de remèdes on a vantés pour cela, et aussi sur quels misérables fondements sont posées toutes ces réputations. Je n'ai pas l'intention de m'engager dans ce dédale, et, pour me borner à ce qui regarde spécialement mon sujet, je ne citerai que ce qui m'a paru utile là où la goutte se transforme facilement en névralgie. Je veux parler de l'usage habituel, constant, mais modéré, du bicarbonate de soude en boisson, des bains alcalisés par la soude du commerce, par l'addition de la cendre de bois, ou par le bicarbonate de soude, de l'administration régulière de quelques gouttes de teinture de semences de colchique dans une tasse d'une infusion légèrement aromatique, prise tous les matins.

Pour le bicarbonate en boisson, je le fais prendre à jeun et aux repas, à la dose de 2 à 4 grammes par litre d'eau rendue plus agréable, ou par quelque infusion, ou même par un peu de vin ou de sirop variable.

Pour les bains alcalins, on les prend tièdes, répétés tous les jours ou tous les deux jours, pendant une ou plusieurs heures, dans une eau additionnée de 60 à 100 grammes de sous-carbonate de soude du commerce, ou de 250 à 500 grammes de bicarbonate. Quand les bains généraux de cette nature ne peuvent pas être pris, je fais tremper le membre malade dans une solution pareille pour la force; les malades y restent comme ils auraient fait dans un bain général.

Quant à la teinture de colchique d'automne, je la préfère prise aussi tous les matins, à jeun, à la dose de 6 à 10 gouttes dans une tasse d'infusion de tilleul, de feuilles d'oranger ou de fleurs de primevère, à toutes les préparations secrètes écrites sur les vitres de certains pharmaciens sous les noms de sirops, d'élixirs, etc., aux pilules dans lesquelles le colchique est altéré sous prétexte qu'on en a enlevé une portion très-âcre. La teinture de semences de colchique, ainsi donnée, a plusieurs avantages. Elle a d'abord une qualité indispensable à tous les médicaments qui doivent agir à la longue et à la seule condition d'être digérés, tout irritants qu'ils soient; elle peut être supportée, pour ainsi dire, indéfiniment par l'estomac et même par les organes du goût, et elle ne manque guère, avec le temps, d'amener une amélioration notable dans l'état général des goutteux. C'est la préparation de colchique que je préfère pour eux; elle a des propriétés toutes différentes de celles qu'on obtient des bulbes de la même plante; on en peut facilement régler les doses, et on sait du moins ce qu'on fait. Je connais nombre de malades qui s'en sont fort bien trouvés, et jusqu'à preuve plus favorable pour autre chose, j'insiste pour que l'usage en devienne aussi général que possible chez les goutteux, chez ceux surtout que tourmente la goutte qu'on pourrait appeler irrégulière, et qui donne le plus grand nombre des névralgies dont nous nous occupons.

Les névralgies syphilitiques appartiennent à une période très-avancée de la maladie spécifique. Elles ne se montrent guère que quand celle-ci a passé les formes secondaires et est devenue constitutionnelle. Quand ces névralgies arrivent, elles se montrent ou peuvent se montrer sous plusieurs formes; ou bien elles sont fixes et continues, ou bien elles ont quelque chose de périodique, soit qu'elles ressemblent aux intermittentes périodiques dont nous avons déjà parlé, soit qu'elles aient quelque chose des douleurs ostéocopes.

Dans le premier cas, elles peuvent et doivent subir le traitement local dont nous parlerons tout à l'heure; mais ce traitement ne sera que palliatif et provisoire; il faudra ne compter sur un succès définitif qu'au moyen d'un traitement antisyphilitique bien combiné. Dans le second cas, la même obligation subsistera encore pour la cure radicale et définitive; la cure locale, ou plutôt le soulagement local et momentané s'obtiendra, comme dans la névralgie simple, au moyen du traitement ordinaire dont nous allons parler tout à l'heure, combiné avec l'usage bien entendu des antipériodiques, et particulièrement du sel de quinine

à haute dose. Dans le troisième cas, enfin, le médecin devra tâcher de s'assurer d'abord s'il y a ou s'il n'y a pas quelque exostose ou périostose sur le trajet du nerf. Quand il aura acquis, à cet égard, une conviction affirmative, il fera appliquer sur le point exostosé des sangsues en nombre suffisant pour combattre l'inflammation locale sans trop abattre le malade ; il sera sûr, par ce procédé, de lui donner bientôt tout le soulagement immédiatement possible, puis il ajoutera à l'emploi des topiques narcotiques, dont nous poserons plus loin les indications, les prescriptions antisyphilitiques qu'il croira les plus sûres. Ces deux dernières parties du traitement seront les seules dont on devra s'occuper sérieusement quand on n'aura pas reconnu d'exostose ou de périostose d'origine suspecte sur le trajet du nerf. Comme la première partie de ces indications rentre tout à fait dans l'exposé du traitement local sur lequel nous nous étendrons, nous n'en dirons rien ici, et nous nous bornerons à indiquer quels sont les moyens antisyphilitiques qui nous ont paru les plus efficaces dans ces cas de névralgies vénériennes.

Une hygiène particulière doit faire d'abord la base du traitement. Par exemple : le malade devra se tenir dans une température constante de 18 à 25 degrés, dans une atmosphère sèche et à une bonne exposition entre le levant et le sud ; il se nourrira régulièrement de viandes rôties diverses, prises en quantité modérée, mais d'une qualité nourrissante et non pas irritante; il boira de l'eau pure ou additionnée d'un peu de Bordeaux ou de vieux Bourgogne ; il s'abstiendra d'affaires, de sorties, surtout par un temps froid et humide, d'une alimentation trop végétale ou trop relâchante, des acides, des fruits crus, du lait, du café, du thé, des liqueurs.

Toutes ces conditions, nettement acceptées, le médecin a le choix entre trois médicaments : le mercure, l'iode, l'arsenic.

Disons tout de suite quelles préparations de divers de ces médicaments nous paraissent préférables; nous exposerons après dans quelles occasions nous croyons meilleur l'usage de l'un de ces moyens.

Du mercure. On a conseillé des préparations très-nombreuses ; en les énumérant je dirai ce que je pense sur chacune d'elles. Le mercure métallique est la base des préparations des pilules dites de Sédillot. Elles sont bonnes à la dose de une par jour, quand elles sont supportées, ce qui se rencontre souvent, et quand elles ne font pas saliver, inconvénient qui n'est pas rare ; j'en ai vu plusieurs exemples. Le mercure soluble, dit d'Hahnemann, renferme plusieurs préparations de ce métal ; il est un agent

infidèle et mauvais : infidèle, à cause de sa composition peu sûre; mauvais, parce qu'il fait très-vite saliver, et je regarde toujours la salivation comme chose fâcheuse. J'en dirai presque autant du protochlorure. Il est infidèle, parce que souvent il contient une notable quantité de bichlorure, soit parce qu'il a été mal lavé, soit parce qu'il a été conservé trop longtemps, soit pour les mélanges dans lesquels le font entrer les préparations magistrales, soit enfin, parce qu'il peut rencontrer dans nos tissus les éléments nécessaires pour sa transformation. Il est mauvais, parce qu'il ne peut pas se conserver aussi longtemps qu'il le faudrait pour arriver à une solution satisfaisante, et parce qu'il lui arrive de déterminer quelquefois, même aux doses minimes, des purgations là où elles ne sont pas du tout dans le plan du médecin. Le bichlorure détermine beaucoup moins facilement la salivation; il a servi souvent entre des mains habiles à obtenir de très-beaux résultats; mais on ne peut oublier qu'il est sujet à laisser, longtemps après qu'on en a cessé l'usage, des douleurs d'estomac excessivement pénibles. M. Mialhe a soutenu l'opinion que toutes les préparations mercurielles aboutissaient dans l'économie à une absorption de bichlorure; on devrait conclure de là que le meilleur et le plus simple serait d'administrer toujours cette préparation en réglant les doses de manière à ne pas nuire ; mais j'avoue que la théorie de M. Mialhe, toute satifaisante qu'elle paraisse au point de vue chimique, ne me semble pas thérapeutiquement soutenable. Les propriétés toutes diverses des différentes préparations mercurielles démontrent aussi pour moi que le malade est un réactif dont il faut tenir compte; que les modifications subies par ce réactif luttent énergiquement contre la théorie de M. Mialhe, et je suis resté cliniquement convaincu qu'il y a un grand choix à faire dans les préparations mercurielles. J'ajoute immédiatement qu'il y en a une que je préfère à toutes les autres, c'est le proto-iodure. Ce sel, dont on forme facilement des pilules contenant de 0,025 à 0,05 du composé mercuriel, a plusieurs avantages : il est pris facilement, supporté sans difficulté, longtemps continué sans faire saliver, ni jeter l'économie dans ces maladies que l'on a tant reprochées au mercure. Il n'amène jamais les vives douleurs d'estomac que produit trop souvent le bichlorure.

Quant aux frictions mercurielles, aux onctions des aisselles, de la plante des pieds au moyen d'une pommade au calomel, on ne les emploie presque plus comme agents curatifs de la syphilis. C'est un traitement qui a compté beaucoup de succès et qui a longtemps été le meilleur qu'on connût, mais il est tombé au-

jourd'hui presque en désuétude, à cause de sa malpropreté, de ses salivations, de ses infidélités et surtout à cause de la découverte et de la constatation de l'efficacité d'autres méthodes.

L'iode a été conseillé sous trois formes : iodure d'amidon ; on en a fait avaler des masses sans empoisonner les malades, c'est tout ce qu'on en peut dire de bien ; proto-iodure de mercure ; nous venons d'en faire l'éloge comme préparation mercurielle : enfin, iodure de potassium ; ce dernier mérite d'être cité à part. L'iodure de potassium, récemment introduit dans la thérapeutique antisyphilitique et immédiatement accepté, est généralement connu comme un bon médicament dans les syphilis secondaires et surtout tertiaires. Administré à la dose de 1 à 4 grammes par jour dans une potion appropriée et continuée pendant un temps suffisant, il amène très-bien la guérison de beaucoup des accidents les plus graves consécutifs de la syphilis ; il ne fait pas saliver, ne dérange pas souvent les voies digestives, ne trouble pas violemment l'économie. Les inconvénients qu'on peut lui reprocher de donner la fièvre, le coryza, les troubles de l'estomac ou des entrailles, ne sont arrivés en général que quand on a forcé les doses. Entre des mains réservées et habiles, il est un excellent médicament, d'une efficacité incontestable, aussi bon quand on le fait avaler dans un demi-verre d'eau sucrée ou édulcorée, avec un sirop agréable, que quand on l'ajoute dans des apozèmes plus ou moins dégoûtants et insignifiants.

Enfin l'acide arsénieux est prescrit aussi contre les syphilis invétérées. C'est lui qui agit probablement dans la tisane de Feltz et dans toutes sortes d'autres préparations, qui n'en valent ni plus ni moins pour avoir conservé, dans la médecine des spécialités, le nom de leur auteur ou de celui qui les a préconisées. Il me paraît beaucoup plus simple de faire préparer une solution d'acide arsénieux dans de l'eau distillée à doses telles, qu'on soit sûr de prendre dans une cuillerée à café de 1/16 à 1/20 de grain d'acide arsénieux ou 0,0020 à 0,0025 en poids nouveau. On étend cette cuillerée à café dans un demi-verre d'eau sucrée qu'on avale en trois parts dans les vingt-quatre heures. De cette manière, le médicament est bien supporté, et les doses en sont bien fixes et assurées.

J'ai fait exprès de ne pas parler ici de quelques remèdes secrets, sirops, élixirs, robs, dont certains exploiteurs font grand mystère, parce que la bonne foi scientifique de ces gens-là ne peut pas se vérifier, et qu'un homme sérieux ne doit ni perdre son temps à contrôler les assertions intéressées de ces possesseurs de remèdes secrets, ni même, dans le cas de réussite, prêter son nom à faire

valoir des choses qu'il ne connaît pas, et qui ne sont peut-être qu'un moyen de faire payer fort cher au public un des mille remèdes que la science emploie chaque jour. Je n'ai pas parlé non plus des préparations d'or qui n'ont guère d'autre valeur que celle du métal dont elles sont composées. Aucun de ces moyens ne vaut comme efficacité, comme facilité d'administration, comme innocuité, les trois premiers par lesquels j'ai commencé; mais ici, comme partout, il importe de distinguer les cas et d'être au courant de la meilleure manière d'employer le remède.

Je préfère le proto-iodure, quand la névralgie est accompagnée des accidents de syphilis nommés secondaires, pustules, éruptions, chancres non primitifs. Je conseille l'iodure de potassium, d'une part, dans les accidents que je viens de citer, lorsqu'ils se montrent sur une personne débilitée, affaiblie, rachitique, surtout quand des préparations nombreuses ont été déjà ou mal à propos ou irrégulièrement, ou trop longtemps administrées, et, d'autre part, quand les accidents dits tertiaires se présentent; je combine ces deux sortes d'agents dans le traitement, quand la maladie est très-ancienne et très-rebelle. Quant à l'arsenic, je l'ai trouvé éminemment utile là où les autres avaient échoué, lorsqu'on a affaire à une de ces syphilis justement nommées constitutionnelles et caractérisées par certaines éruptions, des tumeurs gommeuses, des altérations des os, etc. Les douleurs névralgiques ne sont pas rares dans cette forme de la maladie, et on est heureux d'avoir à sa disposition, outre le traitement local qu'il ne faut jamais négliger, trois moyens, tous trois éprouvés, tous trois faciles à employer, tous trois efficaces, et de légitimes raisons de préférence selon les cas. Ceux que j'ai spécifiés m'ont paru les mieux indiqués et les plus sûrement applicables à ces spécialités du traitement antisyphilitique; mais cette remarque, je me hâte de le dire, n'a rien d'absolu, et la raison veut qu'on ne néglige pas de recourir au troisième, là où les deux autres, appliqués d'après les meilleures indications, auront échoué. Il faut toujours conserver l'espérance de guérir, quand on veut prendre la peine de suivre rigoureusement une méthode de traitement bien coordonnée, dans ces affections qu'un traitement mal ordonné rend si bizarres et souvent si rebelles. Cette observation sur la gravité des maladies syphilitiques traitées sans méthode est souvent aussi la seule raison d'espérer un meilleur succès en employant une thérapeutique plus intelligente et surtout conduite avec plus d'unité. J'insiste sur cette remarque, parce qu'elle s'applique assez fréquemment aux malades dont nous nous occupons ici; la névralgie syphilitique appartient le plus souvent aux maladies

de ce genre, contre lesquelles une bonne méthode a manqué.

Il faut convenir que la médecine est malheureusement bien moins efficace et bien moins sûre de ses résultats, quand la cause des névralgies a quelque chose de moral. Il n'y a pas de drogue qui accélère la marche du temps, qui cicatrise et rende supportable une plaie de l'esprit ou du cœur. Ce n'est ni le gaz hilarant, ni le fameux hachich des Orientaux, ni l'inspiration d'éther ou de chloroforme qui peuvent remplacer une affection, une position, une fortune perdues. La pratique nous montre cependant à chaque instant des névralgies causées manifestement par le moral agissant sur le physique. A ce point de vue, la thérapeutique générale des névralgies par causes morales serait bien courte et bien bornée; mais il faut remarquer d'abord, que, malgré cette exiguité apparente du pouvoir medical, l'art reprend sur le fait particulier tout l'avantage qui lui est refusé en général. Localement traitées, ces névralgies cèdent, comme les autres, aux moyens que nous indiquerons plus loin et c'est déjà beaucoup; d'une autre part, tout se tient, tout sympathise dans la machine humaine, et le médecin parvient souvent à reprendre adroitement et par des voies détournées le pouvoir qu'il ne peut pas obtenir en face et de haute lutte. Nous nous retrouvons ici sur le même terrain que nous avons déjà exploré à propos de l'état nerveux; ce sont les mêmes complications, les mêmes antécédents, les mêmes expressions symptomatiques; c'est la même lutte à établir; les mêmes moyens y suffisent encore. Une seule différence existe, celle que donne la présence de la névralgie dont nous n'avions pas alors à parler; nous avons donc quelque chose de plus à faire. Pour être complet dans notre traitement, nous devrons en premier lieu travailler activement à faire disparaître l'état nerveux, la trame névropathique sur laquelle le mal présent s'est ajouté: en second lieu, nous aurons à combattre ce mal là où il se présente. Dans le premier cas, nous travaillerons à couper le mal dans sa racine; au second point de vue, nous chercherons à en anéantir les effets. D'un côté, nous empêcherons de souffrir, par les moyens appropriés à cette indication; de l'autre, nous préviendrons le retour de la souffrance. Nous ferons plus loin le tableau de ceux qui combattent localement les névralgies et qui doivent, dans l'hypothèse d'une cause morale, former le complément indispensable de la thérapeutique de ces maladies.

Si la névralgie résulte de certains empoisonnements, comme quelques gastralgies, par exemple, ou quelques névralgies de la cinquième paire et des viscères, le traitement général devra dif-

férer, suivant que le poison aura été récemment ingéré ou qu'il aura agi depuis assez longtemps, pour qu'on ne puisse plus croire à sa présence réelle dans le corps, et qu'on soit obligé de n'y plus reconnaître qu'un être nerveux particulier, conséquence d'une détérioration profonde de la constitution. Dans le premier cas, il faut combattre le poison directement; on cherche à le faire évacuer par tous les moyens possibles, ou bien à le centraliser chimiquement dans l'intérieur de nos organes, ou enfin à empêcher ses effets sur le système nerveux. Quelquefois on veut remplir les trois indications à la fois; c'est la meilleure médecine quand elle est possible, celle qu'il faut conseiller et appliquer autant qu'on trouvera jour à le faire. C'est une question de toxicologie dont le détail sortirait de notre sujet. Dans le second cas, on se demande à quelle sorte de maladie il faut remonter; c'est encore d'elle que résulte l'état nerveux à combattre. Nous rentrons dans la thérapeutique connue de ces états.

Le traitement propre aux névralgies amenées par ces causes est donc, comme celui des précédents, subordonné en quelque sorte à la cause générale dont elles sont issues, et pour être complétement satisfaisant, c'est-à-dire curatif, il devra tenir grand compte des indications générales. Avec cette réserve, il rentre d'ailleurs dans le plan de toutes les névralgies locales dont nous avons parlé.

Il en est entièrement de même pour celles qui résultent des abus de l'intelligence, des forces musculaires, de la veille, etc., toutes causes si actives de l'état nerveux qui produit les névralgies.

En principe, d'après ce que nous avons dit sur ces causes générales et la thérapeutique qu'elles exigent, il faut d'abord : 1° conseiller au malade de s'abstenir quand il le peut, parce que c'est la meilleure prophylactique; 2° quand le mal existe, remonter à la source, parce que c'est le seul moyen d'en arrêter le développement ultérieur, la continuation et la reproduction, parce qu'on n'a pas de voie plus sûre pour garantir l'avenir; 3° enfin, attaquer directement et simultanément le mal lui-même pour le détruire là où il se fait sentir.

En exposant ce que nous savons sur les indications générales, nous avons tâché de satisfaire, autant que la science actuelle le permet, aux deux premières conditions du problème. Il nous reste à enseigner comment on remplit la troisième.

Je suis heureux d'ajouter que cette troisième partie de ma tâche est la plus facile, celle dans laquelle le médecin pourra montrer le plus de puissance et l'expérience la plus sûre.

Observations sur les propriétés fébrifuges de la phillyrea latifolia, et de ses préparations; par le professeur JACHELLI (de Ferrare).

(Journal de Chimie médicale, février 1848.)

Quoique la thérapeutique possède, dans les préparations de quinquina, même dans celles d'arsenic, des moyens vraiment excellents pour couper les fièvres d'accès, il nous a paru de quelque intérêt de faire connaître des expériences entreprises par le professeur de Ferrare sur une très-grande échelle.

Ces expériences ont été faites avec quatre préparations : 1° la poudre des jeunes feuilles et des jeunes rameaux de la plante (on l'a administrée à la dose de 30 grammes, en quatre prises et pendant l'apyrexie) ; 2° avec le sulfate (1), à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme, également dans l'apyrexie ; 3° avec la décoction simple, préparée avec 30 grammes de phillyrée incisée dans 1500 grammes d'eau de fontaine, réduite au tiers par l'ébullition (à la dose de 1/2 à 1 kilogramme, dans l'intermittence) ; 4° et la décoction composée, préparée avec la décoction précédente, à laquelle on ajoute 30 gouttes d'acide sulfurique pour 1500 grammes, et que l'on réduit au tiers par l'ébullition (même dose que la précédente).

Les observations de M. Jachelli se divisent en trois séries. La première comprend les expériences faites en 1825 et 1826, au nombre de soixante-trois, avec les diverses préparations précédentes. La seconde renferme dix-sept observations, faites, en 1842, avec la poudre et la décoction simple. Enfin, la troisième renferme douze cas de guérison de fièvre intermittente par la poudre seule, dans le cours de l'année 1845.

Sur les soixante-trois malades de la première série, treize ont été traités par la poudre, vingt-deux par le sulfate, dix par la

(1) Voici la préparation de ce sulfate : On prend 6 kilogrammes de phillyrée, incisée ; 50 kilogrammes d'eau de fontaine et 250 grammes d'acide sulfurique concentré. On mélange l'acide avec l'eau et on fait bouillir le tout dans un vase de cuivre étamé, pendant deux heures, on filtre le liquide chaud à travers une toile. On traite le résidu avec de l'eau acidulée, et on fait bouillir à trois reprises pour l'épuiser. On mélange les décoctions. On laisse refroidir, et l'on ajoute du lait de chaux jusqu'à ce que la liqueur ne rougisse plus le tournesol. On jette le précipité sur un filtre, on le lave avec de l'eau froide, on le fait sécher dans l'étuve, à une température de 40 à 50° Réaumur ; on le pulvérise et on le fait digérer dans une assez grande quantité d'alcool à 36° ; on le fait bouillir, pendant une heure, dans un alambic, pour recueillir par distillation l'alcool en excès. On filtre ensuite à chaud ; on distille de nouveau, pour enlever encore de l'alcool, et on ajoute enfin de l'acide sulfurique étendu de quatre parties d'eau, pour saturer la *phillyrène*. Quelques jours après, on a des cristaux que l'on purifie par le charbon animal ; ces cristaux se présentent alors sous forme de flocons soyeux, semblables à l'amiante, et d'une saveur légèrement amère et âpre.

décoction composée. Des treize fièvres traitées par la poudre, cinq étaient tierces et trois doubles-tierces. Toutes ont guéri. Une fièvre quarte simple a guéri également. Une fièvre double-quarte a résisté à ce traitement, ainsi qu'à tous ceux qui ont été employés depuis. Trois étaient quotidiennes ; une seule a résisté au traitement et a cédé depuis à l'administration d'un gramme de sulfate de phillyrine. Sur les vingt-deux cas traités par le sulfate (dont onze fièvres tierces, trois doubles-tierces, deux doubles-quartes et quatre quotidiennes), deux seulement ont résisté, une tierce et une quotidienne. Sur les dix cas traités par la décoction simple (dont quatre tierces, deux quartes, deux quotidiennes et deux doubles-tierces), trois n'ont pas guéri : une double-tierce (qui a cédé depuis à deux doses de la décoction composée), une quarte (traitée depuis avec succès par un gramme et demi de sulfate), et une quotidienne (également guérie par un gramme de sulfate). Enfin, des dix-huit fièvres traitées par la décoction composée (six fièvres tierces simples, six doubles, deux quartes et quatre quotidiennes), une tierce simple a nécessité l'administration de 75 centigramme de sulfate, deux doubles-tierces ont dû être traitées par les purgatifs et les saignées, et une troisième, qui offrait la forme pernicieuse, a dû être traitée par le sulfate de quinine ; deux autres (une quarte et une quotidienne) ont nécessité l'administration du sulfate de phillyrine.

Nous croyons en avoir assez dit sur l'efficacité des préparations de phillyrée pour nous dispenser de faire connaître les faits de la seconde et de la troisième série. Ces expériences conduisent à ce résultat, qu'on eût pu, du reste, prévoir : que le sulfate de phillyrine jouit d'une activité proportionnelle bien supérieure à celle des autres préparations de phillyrée. Ainsi, vingt-deux malades ont été traités par le sulfate et vingt ont guéri ; treize ont été traités par la poudre et onze ont guéri ; dix-huit par la décoction composée et quatorze ont guéri ; dix par la décoction simple et sept ont guéri. Ce qui donne le chiffre vingt pour le sulfate, onze pour la poudre, sept pour la décoction composée et quatre et deux tiers pour la décoction simple.

Tels sont les résultats annoncés par le professeur Jachelli. S'ils sont exacts, comme tout porte à le croire, on aura dans la phillyrée, et surtout dans le sulfate de phillyrine, un assez bon succédané du quinquina et de ses préparations. Il importe cependant de ne pas se faire illusion : toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une fièvre, dont le caractère tendra à devenir pernicieux, l'antipériodique par excellence, le sulfate de quinine, devra seul être mis en usage.

Coup d'œil sur les propriétés thérapeutiques de l'huile de cade; par M. SERRES, D. M. à Alais (Gard).

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

Le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Devergie, que distinguent de remarquables travaux, a reconnu que l'huile de cade et le goudron de la houille, étendu avec quatre fois son poids d'eau distillée, offraient une grande analogie d'action, et que l'on avait rendu un véritable service en signalant l'emploi de la première de ces deux substances. Que l'huile de cade sera d'autant plus utile qu'elle sera appliquée dans la période la plus avancée de l'eczéma, c'est-à-dire, celle où la sécrétion a notablement diminué, et où il se forme des squammes; que, mise en usage dans la période aiguë, l'inflammation cutanée n'est pas sensiblement augmentée, mais que la marche de la maladie est lente et les effets du médicament peu appréciables; que dans les eczémas arrivés à la période de chronicité, au contraire, les effets sont très-rapidement sensibles; qu'il a la preuve que cet agent est généralement afficace.

Il l'a appliqué à un cas d'ophthalmie scrofuleuse, qui a cédé aseez rapidement; ce fait isolé est peu significatif; d'ailleurs la maladie s'est renouvelée un peu plus tard. Notre honorable confrère appelle avec plus de raison l'attention des praticiens sur la suppression rapide de l'écoulement, de la rougeur et des démangeaisons de l'eczéma. Comme l'effet de l'huile est très-immédiat, il faut se borner, dans certains cas, à toucher le quart ou le cinquième de la surface malade, lorsqu'on peut redouter une répercussion. De là encore la nécessité d'opérer une dérivation sur le tube intestinal, au moyen des purgatifs pendant l'emploi de cette huile.

M. Devergie s'occupe de juger la valeur de cet agent à l'égard des autres maladies cutanées. L'article qu'il promet sera toujours lu avec intérêt, comme tout ce qui sort de la plume de cet estimable médecin.

M. le docteur Langevin, médecin au Havre, a bien voulu apporter aussi son contingent, et faire connaître les résultats de sa vérification à l'endroit des propriétés thérapeutiques de l'huile de cade, en annonçant que le traitement des affections cutanées, si enrichi de nos jours par les travaux des Biett, des Casenave et des Devergie, peut ajouter désormias à sa liste un agent de plus d'une puissante énergie : cet agent est l'huile de cade, préconisée par le *Bulletin*, dans les cas d'eczémas simples impétiginodès, qui font souvent le désespoir des praticiens.

Il confirme pleinement nos propositions sur l'efficacité de l'huile de cade, et rapporte quelques observations du plus haut intérêt.

Dans la première, c'est un eczéma chronique des deux mains et des deux avant-bras, parfaitement guéri par notre huile. Les onctions se faisaient tous les deux jours, très-exactement, quelque forte que fût l'inflammation, et quoique les fissures fussent nombreuses et profondes, car il avait remarqué, contrairement à ce qu'a avancé M. Devergie, que l'huile de cade, appliquée sur des parties enflammées de la peau, et récemment envahies par l'affection cutanée, avait la propriété d'éteindre l'inflammation et de flétrir l'épiderme, alors qu'il était rouge, tendu et douloureux, et de s'opposer, par suite, à l'extension du mal. Ce fait s'est reproduit nombre de fois sous ses yeux.

Dans la deuxième guérison opérée par l'huile de cade sur un eczéma rubrum, avec croûtes d'impétigo au bras, il ne tint aucun compte de l'état inflammatoire, ni des crevasses nombreuses, sachant bien que le meilleur calmant, en pareil cas, était l'huile précitée. M. Langevin fait remarquer que le système pileux se reproduisit avec rapidité, alors qu'on aurait pu croire les bulbes anéantis par la longue durée de l'affection cutanée et les désordres dont l'épaisseur de la peau avait été le siége ; qu'en outre, de prime abord il fit supprimer un cautère situé au tiers supérieur du bras.

La guérison d'un eczéma impétiginodès du cuir chevelu, du cou, des oreilles, par l'huile de cade, fait le sujet de la troisième observation. La reproduction des cheveux, pendant le traitement, était si active que tous les cinq jours il était obligé de les faire raser. Ils avaient chaque fois crû d'un pouce.

En vingt jours, l'huile de cade triompha d'un autre impétigo de la tête, borné au cuir chevelu, sans provoquer ces répercussions qui causent tant de craintes dans le traitement des gourmes des enfants.

De ces faits, il conclut que l'huile de cade offre des propriétés siccatives précieuses, applicables dans les cas surtout de dermatoses à forme humide et sécrétante, et que, loin d'être un irritant, c'est, au contraire, le topique calmant par excellence, dans les inflammations qui accompagnent si souvent ces formes spéciales de la pathologie cutanée.

L'efficacité de l'huile de cade dans le traitement de la teigne vient d'être démontrée par M. Sully, médecin distingué à Bort (Corrèze).

Il a traité deux enfants d'un tempérament lymphatique, qui portaient, en même temps qu'une affection psorique, une teigne faveuse déjà ancienne, et qui avait résisté aux moyens les plus rationnels. L'emploi de l'huile de cade en onctions, sur les parties atteintes de la maladie, a fait disparaître en dix jours jusqu'aux moindres traces du mal, et il n'est resté qu'une calvitie, qui s'efface chaque jour par le retour des cheveux.

Deux autres enfants de trois à quatre ans, atteints d'une teigne faveuse récente mais vigoureuse, compliquée de l'engorgement de quelques ganglions lymphatiques du cou, ont été rapidement guéris par l'usage des boissons antiscorbutiques et l'emploi renouvelé, matin et soir, de la pommade suivante :

Axonge.	60 grammes.
Huile de cade.	40 grammes.
Essence d'anis.	5 gouttes.

Deux jours après la première application, les croûtes se détachent, lorsqu'on emploie l'huile de cade pure, et l'on peut apercevoir le travail de cicatrisation du cuir chevelu. Après la seconde, les croûtes, complétement détachées de la surface cutanée, ne tiennent que par leur adhérence aux cheveux ; enfin, après la troisième, le cuir chevelu se nettoie, reprend sa couleur normale, et la guérison, moins le retour des cheveux qui se fait encore attendre, est alors confirmée.

M. Sully fait remarquer que l'huile de cade foudroie, pour ainsi dire, tous les parasites qui viennent assiéger le cuir chevelu dans la maladie de la teigne : il invite ses confrères à soumettre ces faits au contrôle de leur expérience, avec la confiance qu'ils se convaincront que l'huile de cade doit être considérée comme un des agents thérapeutiques les plus utiles dans le traitement de la teigne, maladie effroyable par son aspect, et désolante par sa ténacité, et qu'elle guérit presque miraculeusement.

Divers essais ont été faits par l'honorable M. Baudens, chirurgien du Val-de-Grâce. Je citerai un cas d'ozène, qui fut rapidement amélioré par l'usage de l'huile de cade, chaque jour introduite dans les narines au moyen d'un bourdonnet de charpie trempé dans ce liquide et tenu entre les branches d'une pince à pansement. Je saisis avec plaisir cette occasion pour le remercier ici de l'accueil bienveillant que j'ai reçu de lui et de l'empressement qu'il a mis à s'édifier sur l'efficacité de cette substance. Je regrette vivement que mon départ de Paris ne m'ait pas permis de suivre plus longtemps ses utiles visites.

Dans les otorrhées purulentes aphtheuses, l'huile de cade a produit des effets en tout conformes à ceux déjà énoncés. Il a suffi de tremper un pinceau dans ce liquide et de le passer tous les soirs dans le conduit auditif interne. Deux jours après, la douleur, le tintement, le bourdonnement, la démangeaison, la production albumineuse ont disparu, et l'ouïe a repris toute sa force.

Chez certaines constitutions, mais plus particulièrement chez les enfants à peau qu'on peut appeler psorique, parce que toutes ses blessures sont suivies d'une érection vasculaire, papillaire eczémateuse, l'application du vésicatoire détermine des écoulements effroyables, ou la formation de squammes d'une nature si rebelle, que bon nombre de mères de familles se résignent avec peine à l'emploi de ce moyen. L'huile de cade, en pareille occurrence, est un remède précieux dont le contact, renouvelé trois ou quatre jours de suite, ramène les téguments à leur état normal de sensibilité et d'exhalation.

Les démangeaisons de l'anus ont été si fortes chez quelques sujets, que pendant le sommeil, les doigts, portés involontairement sur cette partie, ont été trouvés tout ensanglantés au réveil du matin. D'autres, insensiblement entraînés à calmer celle qui survient entre les doigts des pieds, ont poussé le besoin de se gratter jusqu'au point de les tordre, de produire des déperditions considérables de peau et des hémorrhagies. En ce cas le calmant par excellence est encore l'huile de cade, dont l'odeur disparaît assez rapidement pour que cet inconvénient ne soit pas un obstacle à son emploi.

L'analogie de la peau avec la muqueuse de l'oreille et la muqueuse de l'œil nous conduit naturellement à dire un mot de l'utilité de l'huile de genévrier dans certaines ophthalmies et kératites scrofuleuses. L'expérience n'a pas bien pu déterminer encore les cas dans lesquels elle est plus spécialement indiquée ; mais elles doivent porter toutes le cachet psorique que révèle indubitablement le mode d'action du remède, dont l'efficacité est parfaitement bien établie par une foule de faits. En attendant des données plus certaines, voici celles qui peuvent éclairer la marche du praticien intéressé à connaître d'avance les probabilités de son application la plus opportune : l'aptitude de l'ophthalmie à passer rapidement d'un œil à l'autre ; sa connexion avec une disposition eczémateuse de la peau et plus particulièrement de celle de la face, et surtout des paupières elles-mêmes : pour la kératite, la multiplicité des points ulcérés d'une manière *très-superficielle*, et le prolongement des vaisseaux de la

sclérotique sur la cornée devenue en quelque sorte *eczémateuse*. En attendant mieux, voilà ce que l'étude attentive nous a permis de signaler à l'attention de nos confrères. Nous le donnons avec toute la défiance qui doit se mêler aux observations qu'une longue expérience n'a pas sanctionnées, puisque dans ces cas même l'huile de cade a parfois échoué ; mais où trouver un remède infaillible, et mieux encore, comment distinguer l'élément et la condition de son succès ? L'infaillibilité de tout médicament est essentiellement liée à celle de la science, dont les efforts doivent tendre à définir d'une manière plus exacte la sphère de sa véritable action.

A défaut de cette lumière, il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, tendre vers l'empirisme, et, contre ces ophthalmies spéciales qui ont résisté au traitement rationnel, à l'huile de cade, recourir aux bains de sublimé corrosif, comme nous les avons conseillés, en lavant, tout le temps de l'immersion, la figure entière avec l'eau même du bain ; ou bien aux frictions sur les paupières, pratiquées avec le sulfate de cuivre solide. Ce dernier moyen, d'une grande efficacité, m'a été communiqué par M. le professeur Bonnet (de Lyon), que font remarquer un esprit éclairé et de grands services rendus à la chirurgie, qu'il cultive avec autant de bonheur que d'intelligence. On trempe un fragment de sulfate de cuivre, gros comme la phalange du pouce, dans de l'eau froide; on le passe ensuite et repasse vingt à trente fois sur les paupières closes, trois fois par jour pendant une quinzaine de jours, en ayant la précaution de le mouiller de temps à autre. Les enfants les plus difficiles se soumettent, sans trop murmurer, à cette médication, bien plus commode que le bain de sublimé, et j'ajouterai même généralement plus efficace. La douleur se borne ordinairement à peu de chose, à une simple cuisson de courte durée. Inutile de rapporter ici des observations à l'appui de ce singulier traitement; je puis les compter par centaines, quoique mes expériences remontent seulement au mois d'avril de l'année 1846. Inutile encore d'entrer aussi dans des détails sur la tendance à la reproduction de ces ophthalmies, qu'un traitement médical bien entendu doit contribuer à détruire, comme sur les avantages que nous retirons ici des bains de mer pour atteindre ce but définitif.

En résumé, l'huile de cade a pris bon rang parmi les remèdes antipsoriques les plus efficaces; elle guérit rapidement les eczémas aigus, chroniques, la teigne, l'otorrhée, les démangeaisons de l'anus, des doigts des pieds; c'est un bon remède dans certaines ophthalmies, que secondent merveilleusement les bains de

sublimé et les frictions faites sur les paupières closes avec le sulfate de cuivre préalablement mouillé.

Bons effets du musc et des vésicatoires répétés dans la période ataxique de l'hydrocéphale aiguë (1) ; par M. **Legroux**, médecin de l'hôpital Beaujon.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1848.)

Je me sers à dessein de cette dénomination, ne voulant rien préjuger sur la nature des diverses affections qu'elle désigne. S'il est permis, en effet, de distinguer anatomiquement les méningites simples des granuleuses, de l'hydrocéphale et de l'encéphalite, on ne peut, il s'en faut de beaucoup, faire la même distinction en pathologie appliquée. Dans l'intérieur de l'enveloppe osseuse du cerveau, en effet, il se passe des actes morbides, qui, s'ils ont beaucoup d'analogie dans l'expression symptomatique, diffèrent essentiellement sous le rapport des lésions qui en sont la conséquence. Or, comme nous manquons, pour arriver à leur connaissance, des lumières fournies par les moyens d'investigation physiques, applicables aux maladies des organes abdominaux et thoraciques, nous n'avons jamais, pour les maladies cérébrales, une certitude diagnostique égale à celle des précédentes. C'est pourquoi j'ai conservé le nom d'hydrocéphale à cet ensemble de maladies qui a pour symptômes principaux, à une période un peu avancée, le coma, la dilatation des pupilles, des mouvements convulsifs et des paralysies plus ou moins étendues.

Ces considérations préliminaires étaient nécessaires pour préciser les indications thérapeutiques du musc.

Je passe maintenant à l'exposition des faits.

Hydrocéphalie subaiguë. — Amélioration notable sous l'influence du musc. — Autopsie.

Obs. I. — Georges Jobert, âgé de neuf ans et demi, grand pour son âge, mince, brun, ayant une tête très-volumineuse, ordinairement bien portant, ayant eu seulement, à huit ans, une fièvre typhoïde bénigne, éprouva, dans le courant du mois de mai 1847, peut-être après la fatigue du jeu pendant une température élevée, un mal de tête qui dura une journée environ, et dont il ne se plaignit plus les jours suivants.

Mais, huit jours plus tard, le 20 mai 1847, la même douleur se reproduisit, avec perte d'appétit; dans la nuit, il vomit son dîner.

(1) Extrait d'un travail sur l'hérédité et différents points des maladies du cerveau.

Le 21, à six heures du soir, persistance de la céphalalgie; elle est modérée, *frontale;* langue chargée, bouche mauvaise, inappétence, pas de fièvre, aucun autre accident. — Demi-bouteille d'eau de Sedlitz par demi-once (verre), édulcorée avec le sirop de groseille; elle est vomie en partie.

Le 22, léger amendement; repos, diète, boissons délayantes.

Le 23, même état de la langue, même céphalalgie, apyrexie complète. (Demi-bouteille d'eau de Sedlitz.) Bons effets purgatifs : sauf un peu de faiblesse, la journée se passe bien, le petit malade même s'amuse à jouer.

Le soir, à onze heures, il s'éveille en criant, éprouve de la difficulté à parler. Je le vois avec le docteur Poultier, appelé en même temps que moi.

Face rouge, pupilles dilatées, connaissance incomplète, parole embarrassée, pas de fièvre cependant. (Saignée de 150 grammes environ; le sang n'est pas couenneux.)

Le 24, même état; côté gauche, le bras surtout, légèrement paralysé. (Huit sangsues derrière les oreilles : elles coulent abondamment; compresses fraîches sur la tête; vésicatoire au cou; calomel, 1 décigr. toutes les deux heures.)

Pour abréger, voici la marche qu'a suivie ultérieurement la maladie et la succession de phénomènes qu'elle a présentée.

Pupilles dilatées; strabisme vers la gauche; *paralysie de la paupière supérieure gauche, qui a persisté jusqu'à la fin de la maladie, l'œil restant entr'ouvert.* Coma, excitation difficile; à peine peut-on tirer quelques mots de l'enfant. Cependant, sous l'influence de la médication, la connaissance revient; parole plus libre; persistance du strabisme, de l'état des yeux. Progressivement, paralysie du côté droit, agitation, carphologie de la main gauche, quelques mouvements convulsifs, puis, serrement des mâchoires, déglutition difficile; paralysie droite plus prononcée, bras gauche un peu agité sans crises convulsives; *bouche tirée à gauche;* enfin affaiblissement, râle trachéal, mort le neuvième jour.

Le traitement employé après les premiers jours a consisté en vésicatoires répétés au cou, sur la tête, aux cuisses, aux jambes, au nombre de douze à quinze; en lavements purgatifs; calomel à l'intérieur, et *surtout dans l'administration de petits lavements préparés avec l'infusion de valériane musquée et légèrement laudanisée, loochs musqués* (50 centigr. de musc étaient administrés en vingt-quatre heures.)

Tous ces moyens ont été suivis d'une amélioration passagère, à tel point que M. Guersant, après avoir jugé le cas très-grave

le quatrième ou le cinquième jour, fut étonné, le lendemain, des modifications favorables survenues dans l'état de l'enfant, et put, avec nous, concevoir des espérances qui malheureusement ne se réalisèrent pas.

Du reste, cétte amélioration a coïncidé avec l'administration du musc et l'emploi énergique des vésicatoires.

Comme effet de la médication musquée, nous avons observé un état comme velouté de la peau sur lequel je reviendrai dans un instant.

Je dois dire que, chargé de la direction du traitement, j'ai été constamment assisté par MM. Horteloup et Létalenet, amis du père de l'enfant, mort lui-même d'un ramollissement du cerveau, ainsi que plusieurs membres de cette famille ; par le docteur Poultier, et par M. Guersant père, qui a bien voulu nous aider de son expérience pendant plusieurs jours.

Autopsie. Le crâne seul a été ouvert. La calotte osseuse a été enlevée avec la scie. — Dure-mère fortement tendue sur les circonvolutions cérébrales ; celles-ci légèrement aplaties et comme tassées. Sous la main, le cerveau paraît mou, et offre à la pression la sensation de fluctuation. Il est fendu d'avant en arrière, sur place, jusqu'à la partie antérieure des ventricules. Ces cavités sont dilatées, leurs parois écartées. Elles contiennent environ 125 grammes de sérosité limpide, sans dépôt purulent en arrière. Elles conservent leur écartement après l'écoulement de ce liquide, qui est recueilli dans un vase pour en apprécier la quantité.

Les méninges sont fortement appliquées sur la substance cérébrale, dont on les détache difficilement sans enlever néanmoins de cette substance. Elles sont vivement injectées, surtout dans les anfractuosités; elles sont très-fines, et n'offrent, en aucun point, de traces de sérosité trouble ou de sécrétion purulente.

La substance cérébrale est généralement molle, humide et comme infiltrée; mais, en aucun point, il n'existe de ramollissement spécial. Les parties centrales voisines de l'épanchement ne sont pas altérées notablement.

Pas de traces de granulations.

A mon avis, nous avons eu affaire à une congestion simple, avec exhalation séreuse, qui ne s'est pas élevée jusqu'au mode inflammatoire; car je ne puis considérer comme *inflammatoire* une affection qui, après huit jours, ne laisse pas de produit puriforme, mais une simple augmentation de la sérosité normale.

Le traitement actif, employé dès le début et dans le cours de la maladie, s'est-il opposé à la suppuration? Cela est possible ; mais l'absence presque constante de fièvre m'avait toujours éloi-

gné de l'idée d'une inflammation, et la supposition d'un épanchement séreux simple m'avait laissé l'espérance que nous pourrions arriver à la résolution. C'est dans ce sens que la thérapeutique a surtout été dirigée, et il faut convenir que, si ses résultats n'ont pas été heureux, il était difficile, en fait de diagnostic, d'approcher davantage de la vérité.

Ce diagnostic, basé sur l'absence de fièvre, était encore justifié par la mobilité, l'entre-croisement de la paralysie, qui du bras gauche a passé au côté droit, et qui frappait simultanément la paupière supérieure gauche, quand la joue était tirée de ce côté. Une lésion *mobile*, un épanchement central, pouvaient seuls donner lieu à une paralysie aussi complexe, aussi variable pour son siége. Il faut ajouter que la dilatation des pupilles parlait en faveur de cet épanchement.

Obs. II.—En même temps que nous donnions des soins au jeune Jobert, j'ai été appelé pour soigner un enfant de quatre ans et demi, au tempérament lymphatique, au crâne volumineux, aux front saillant, et qui m'a paru menacé d'une *fièvre cérébrale*.

Ici, le début a été fébrile, la face était rouge, les pupilles dilatées, céphalalgie, assoupissement. (Saignée, sangsues derrière les oreilles ; un peu d'amendement dans l'état fébrile.)

Mais la tête reste chaude, les pupilles dilatées ; l'enfant est occupé à éplucher ses lèvres ou ses doigts, ou à les mordiller avec les dents. Pas de symptômes abdominaux. Calomel, vésicatoires au cou et aux cuisses, compresses fraîches sur la tête. Nuits agitées, délire. Le jour, la connaissance se maintient.

Cet état persistant, j'eus recours au lavement de valériane musquée et laudanisée. Le médicament a été pris pour les deux malades dans la même pharmacie, il a paru de bonne qualité.

Le lavement était composé d'une infusion de 8 grammes de racine de valériane concassée dans 150 grammes d'eau ; et additionnée de 30 centigrammes de musc et 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Il était administré en quatre ou cinq fois, à quelques heures d'intervalle.

Après les premières doses, il y a eu une réaction assez vive, suivie de sueurs abondantes.

M. Guersant père, qui a vu l'enfant avec moi après deux jours de cette médication, a considéré cet état comme purement ataxique. Il a été d'avis de continuer la médication ; de nouveaux vésicatoires ont été appliqués aux jambes, les lavements continués, quelques bains administrés, l'amélioration s'est graduellement établie, et au bout de huit à dix jours la guérison était assurée.

Chez cet enfant, il y a eu une fièvre aiguë avec congestion cé-

rébrale, les cavités abdominale et thoracique sont restées étrangères à la maladie.

Les symptômes principaux ont été la céphalalgie, la rougeur de la face, rougeur exacerbante par moments ; la dilatation énorme des pupilles, la carphologie, l'agitation la nuit.

Il est difficile de décider, le malade étant guéri, si nous avons eu affaire à une ataxie simple ou bien à une hydrocéphale. Tout en respectant l'opinion de mon ancien maître, M. Guersant, je suis disposé à admettre que chez cet enfant, comme chez le jeune Jobert, il a existé un épanchement ventriculaire. Nous n'avons pas eu ici, néanmoins, les phénomènes paralytiques observés dans le premier cas.

Je pourrais joindre plusieurs autres cas au précédent pour établir les bons effets de la médication musquée. Je me bornerai à en rappeler un brièvement.

Obs. III. — Une jeune fille, de 4 à 5 ans, est prise de tous les accidents qui caractérisent une méningite aiguë. Malgré un traitement antiphlogistique et révulsif énergique, la maladie parcourut toutes ses périodes ; l'enfant, après dix ou douze jours de maladie, avait un bras paralysé, les pupilles dilatées, un œil entr'ouvert, des accès convulsifs, etc. Elle me parut, ainsi qu'à M. Blache, qui la voyait en même temps que moi, dans un état tellement grave et au-dessus de toutes ressources, que nous jugeâmes inutile de la revoir ensemble, les consultations étant laissées à ma disposition.

Dans cet état, et alors que tout semblait inutile, l'idée me vint de tenter le musc en lavement et à l'intérieur ; j'appliquai en même temps un vésicatoire sur la tête.

Dès le même jour et avant que le vésicatoire eût agi, une amélioration notable se prononça ; cette médication fut continuée pendant plusieurs jours et la petite malade fut, pour ainsi dire, ressuscitée.

Dans ces cas et dans quelques autres que je passe sous silence, la médication musquée a produit les effets suivants :

1° Affaiblissement du pouls :

2° Abaissement de la température de la peau qui n'a pas été constaté par le thermomètre, mais très-appréciable au toucher ;

3° Au toucher, un état comme velouté de cette enveloppe ; il semble que l'on palpe du velours très-fin, très-souple. Il m'a paru aussi qu'il se produisait une sorte de relâchement de cette membrane, analogue à celui que l'on observe dans le choléra, au froid glacial près cependant ;

4° Un état sudoral a suivi son administration dans un cas.

Si j'avais à classer ce médicament au point de vue de l'École italienne, je dirais que c'est un hyposthénisant cardiaco-vasculaire, dont l'action s'exerce principalement sur les capillaires; que peut-être il est à la fois hyposthénisant du système nerveux.

Si mon observation est juste; si le musc a bien sur les capillaires l'action que je lui suppose; s'il détermine intérieurement les mêmes effets que ceux qui s'observent à la peau, on peut concevoir, jusqu'à certain point, comment il favorise la résolution des engorgements inflammatoires et des épanchements séreux.

Je ne veux pas, toutefois, donner à ce médicament plus d'importance qu'il n'en a eu dans les traitements où il est intervenu; nier aux autres moyens leur part d'action; mais ce qui m'a paru hors de doute, c'est une amélioration rapide, dans plusieurs cas, sous l'influence de ce médicament; et, comme effet physiologique, c'est cet état de la peau, que j'appelle *musqué*, et qui frappe les personnes étrangères à la médecine, quand leur attention est appelée sur ce point. Ainsi, sans présenter le musc comme médicament infaillible contre des maladies aussi formidables que le sont les méningites chez les enfants, je crois ce médicament applicable aux cas où, après l'inutile emploi d'une médication rationnelle, l'art semble réduit à l'impuissance devant des phénomènes convulsifs et paralytiques.

Depuis que l'attention a été portée sur les granulations et tubercules méningiens, il semble que toute *fièvre cérébrale* de l'enfance doive rentrer dans cette fatale catégorie; la conséquence thérapeutique d'une telle opinion serait l'inaction. Pourquoi, en effet, combattre des affections nécessairement mortelles?

Malgré la gravité des affections méningiennes de l'enfance, il en est quelques-unes qui guérissent. Toutes ne sont pas de nature granuleuse et tuberculeuse. Peut-être même les granulations ne sont-elles qu'un produit récent de phlegmasie, susceptibles, il est vrai, de subir la transformation tuberculeuse, mais pouvant aussi être résorbées ou organisées. L'autopsie du jeune Jobert nous a montré aussi une hydropisie simple des ventricules, ou tout au plus congestive, mais non suppurative. D'un autre côté, M. Guersant admet (c'est un point que je ne prétends pas discuter, n'étant en mesure ni d'affirmer, ni d'infirmer) qu'il existe des états ataxiques purs, qui peuvent en imposer pour une affection des méninges. Au lit du malade, il n'est pas toujours facile de dire à quel état morbide on a affaire; la distinction des méningites simples et granuleuses est souvent impossible. Une marche anormale dans les accidents vient souvent jeter le trou-

ble dans le diagnostic. Dans ces différents états, quand on a combattu les accidents primitifs, quand la période convulsive, ataxique ou paralytique se montre, c'est alors que le musc semble encore promettre quelques succès.

Observation d'hémorrhagie par le tubercule ombilical, communiquée par M. le docteur Thore, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 11 ; 1848.)

L'hémorrhagie qui survient après la chute du cordon, par le tubercule ombilical, est un accident assez rare pour que la plupart des traités relatifs aux maladies de la première enfance n'en fassent aucune mention ou n'en parlent que d'une manière fort incomplète.

Underwood, un des premiers que je sache, en a dit quelques mots ; suivant lui, elle peut durer plusieurs mois. M. Richard (de Nancy) ne l'a observée qu'une seule fois, et l'enfant mourut au bout de trois jours. M. Villeneuve a rapporté un fait de ce genre, dans lequel tous les moyens échouèrent, l'hémorrhagie reparut quatre fois et l'enfant succomba quarante-deux heures après.

Une observation plus récente est due à M. le professeur Dubois. Indépendamment de l'importance que lui donne le nom du célèbre professeur dans la pratique duquel elle a été recueillie, elle est encore remarquable par le traitement aussi hardi que judicieux qui fut mis en usage ; aussi fut-elle publiée par plusieurs journaux, et leur empressement à la reproduire fit voir que la science était bien pauvre sur ce sujet. C'est ce qui m'autorisera à rapporter le fait suivant, le seul que j'aie recueilli pendant une année passée tout entière à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Enfant du sexe masculin, âgé de treize jours ; hémorrhagie par le tubercule ombilical arrêtée au bout de six jours ; purpura ; taches hémorrhagiques sur la peau, au dos et aux épaules ; hémorrhagie par la paupière inférieure ; muguet ; abcès sous-cutané très-considérable au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; endurcissement du tissu cellulaire ; mort par anémie au bout de vingt-cinq jours.

Obs. — Louis, enfant du sexe masculin, âgé de 13 jours, est

placé à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Trouvés, le 24 avril 1842, au n° 21. On voyait, au moment de son entrée, des taches de sang desséché sur le ventre; mais il ne s'écoulait point de sang; le pouls est petit et faible; les extrémités sont froides.

Le 25 avril. L'hémorrhagie a paru pendant la nuit; le ventre est météorisé, volumineux, débordant la base de la poitrine; pouls faible à 140; peau décolorée; face pâle; taches violacées sur la poitrine. (Lotions avec l'eau albumineuse; alun en poudre sur l'ombilic.)

Le 26. L'écoulement sanguin continue sans être extrêmement intense. On fait plusieurs fois dans la journée d'énergiques cautérisations avec le nitrate d'argent.

Le 27. Malgré l'emploi de ce moyen, l'hémorrhagie a continué avec plus d'intensité que jamais; le sang est de plus en plus séreux. Il coule encore avec assez d'abondance au moment de la visite. On renouvelle l'application de l'alun, des cautérisations avec le nitrate d'argent; on essaye la compression avec l'agaric, sans succès.

Il existe près du bord libre de la paupière inférieure gauche une petite tumeur, parue depuis la veille seulement : elle a le volume d'une grosse tête d'épingle; elle est violacée et elle a donné du sang en assez grande quantité. Les gencives, la langue et la face interne des joues ont une teinte d'un rouge noirâtre, évidemment due à du sang extravasé. La veille il y a eu des vomissements de couleur foncée que nous n'avons pu voir, mais qui paraissaient formés par du sang. Sur le dos et à l'épaule droite il existe deux taches d'un violet livide; elles existaient déjà la veille, mais étaient moins colorées et moins larges. Le pouls est très-faible, à 120. La peau est presque complétement décolorée; le ventre est tendu et météorisé; selles abondantes et liquides; poitrine sonore et respiration normale.

Le 28. L'hémorrhagie a continué; le sang est noirâtre; le sang s'échappe à plusieurs reprises et en assez grande quantité, sous nos yeux et au moment même où nous tentions, par les cautérisations et la compression, à la réprimer. Les taches violettes se sont étendues et elles sont plus foncées. De nouvelles taches apparaissent à l'avant-bras gauche et au thorax du même côté. La petite tumeur de la paupière inférieure ne donne qu'une faible quantité de sang. Vomissements de matières bilieuses; selles liquides et verdâtres. Le ventre reste toujours tendu et météorisé; pouls à 120. Rien du côté de la poitrine. On continue les cautérisations avec le nitrate d'argent, ainsi que les autres moyens déjà employés.

Le 29. Même état; il s'échappe encore du sang par l'ombilic.

Le 30. L'hémorrhagie paraît définitivement arrêtée, et le linge qui couvre l'ombilic n'est point taché de sang. Pas de vomissements; le pouls est extrêmement faible aux radiales, on le compte aux crurales 120; selles liquides. (Riz gommé avec sirop tartreux; potion gommeuse avec eau de Rabel, et tartrate de fer, de chaque 15 gouttes; potions alumineuses; frictions avec teinture de kina.)

Le 1er mai. Apparition du muguet; il est peu abondant; le linge de l'ombilic est à peine teint de sang; poitrine sonore; râle muqueux des deux côtés; voix éteinte; ventre météorisé, peu douloureux; selles jaunes demi-liquides.

Le 3. Les taches hémorrhagiques de la peau commencent à disparaître et à s'effacer; cri faible et voilé; selles jaunâtres.

Le 6. Encore quelques plaques de muguet.

Le 8. Les taches hémorrhagiques de la peau ont complétement disparu; râles muqueux des deux côtés.

Le 9. Il se développe un abcès très-considérable autour de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche. Il est incisé; il s'en échappe un pus phlegmoneux abondant. (On supprime la potion avec l'eau de Rabel.)

Le 14. Il y a encore un peu de muguet; état stationnaire.

Le 18. Cet état a peu changé jusqu'à présent. Aujourd'hui on constate une induration du tissu cellulaire; la peau est froide; dyspnée; voix éteinte; toujours un peu de muguet; muqueuse buccale pâle et froide; ventre tendu et météorisé; pas de selles; pouls insensible. L'enfant meurt à cinq heures du soir.

Autopsie le 19 mai.

Taille, 55 centimètres.

Ventre météorisé; suppuration du tissu cellulaire sous-cutané de la partie inférieure de la jambe gauche; plus de taches hémorrhagiques à la peau; émaciation; anémie.

Thorax. Les deux poumons sont pâles et sains, crépitants; les bronches sont vides et décolorées; le cœur est d'une pâleur remarquable; hauteur, 3 centimètres et demi; largeur, 4 centimètres; canal artériel, longueur, 1 centimètre, non complétement oblitéré; il contient un peu de sang fluide.

Abdomen. La muqueuse de l'estomac est pâle et ferme; on ne trouve pas de follicules isolés ou agminés dans l'intestin grêle, le gros intestin est rempli d'un liquide jaune et de gaz. Il ne reste plus aucune trace de muguet dans toute l'étendue du tube digestif; le foie est d'un jaune clair, assez consistant; la vésicule est remplie d'une bile jaunâtre; la rate est de consistance ferme;

les reins sont tout à fait décolorés; l'ombilic est cicatrisé presque entièrement, il suppure un peu encore. Les artères ombilicales, près de l'ombilic et dans une étendue de 2 centimètres, sont remplies de pus et de caillots sanguins, puis ensuite d'un sang très-fluide ; elles sont perméables dans le reste de leur étendue. La veine ombilicale est souple et vide; ses parois sont rapprochées et son calibre est moins considérable que celui des artères.

Tous les tissus sont presque complétement décolorés.

Les faits relatifs à l'hémorrhagie qui a lieu par la cicatrice ombilicale sont trop peu nombreux, pour qu'il soit possible d'en établir l'histoire d'une manière définitive. Aussi devons-nous nous borner à quelques remarques, suggérées par les observations que nous avons rapprochées de la nôtre.

L'écoulement du sang se manifeste en général peu de temps après la chute du cordon; cependant il est rare que ce soit immédiatement. Ainsi on l'a vu survenir sept jours (Jeunin), neuf jours (Villeneuve), onze jours (M. Dubois), treize jours après la naissance, comme dans notre observation, c'est-à-dire depuis quelques heures seulement jusqu'à plusieurs jours après la chute du cordon.

L'écoulement du sang se fait d'une manière plus ou moins intermittente. Il s'échappe en nappe ou en bavant. Je ne vois nulle part que l'on ait observé un jet artériel. Plusieurs fois, malgré les moyens les plus énergiques, malgré l'emploi du fer rouge, l'hémorrhagie a continué sa marche, et a conduit dans un court espace de temps à une terminaison fatale, ou bien elle s'est arrêtée, l'enfant a guéri et survécu comme dans le cas récemment publié par M. Jeunin, médecin à Voray. Enfin, lorsqu'on est parvenu à arrêter le cours du sang, l'enfant finit, au bout d'un temps plus ou moins long, par succomber dans un état d'anémie, à la suite du *purpura*. Tel est le fait de M. Dubois. Dans celui qu'on vient de lire, en même temps que le sang s'écoulait par l'ombilic, une hémorrhagie avait lieu par la paupière, des taches noirâtres paraissaient sur les gencives et la face interne des joues, de larges ecchymoses s'étendaient en différents points de la peau. Après la disparition du pourpre, le muguet parut; puis un abcès considérable se forma à l'une des jambes, et la mort arriva au bout de vingt-cinq jours.

On a cherché à apprécier les causes de cette hémorrhagie, et chacun l'a fait à sa manière. M. Richard (de Nancy) suppose que, dans les cas où le cordon a été coupé trop près de l'ombilic, la chaleur de l'abdomen, l'action de la circulation étendue jusqu'aux

bords de la section, peuvent empêcher la cicatrisation des artères : il se demande également si on peut l'attribuer à ce que le sang est, dans ce cas, moins coagulable.

M. Villeneuve, ayant observé un fait de ce genre chez un enfant qui avait un endurcissement du tissu cellulaire, a pensé que, l'accumulation de sérosité dans la partie inférieure des parois abdominales déterminant une compression des artérioles qui pénétrait les parois, ces ramifications vasculaires n'ont pu recevoir le sang qui les pénétrait ordinairement, et que ce liquide, refoulé vers les branches très-considérables, a afflué en plus grande quantité dans les artères ombilicales.

Toutes ces explications pourraient tout au plus s'appliquer à des cas spéciaux ; cependant le défaut de coagulabilité du sang paraît mieux que toute autre cause rendre compte de l'apparition et de la persistance de l'hémorrhagie. Il est bon de remarquer que deux enfants, chez lesquels on était parvenu à arrêter l'écoulement du sang par l'ombilic, ont succombé plus tard à un *purpura*, que celui que nous avons observé a eu des hémorrhagies par différents points.

Faut-il supposer que l'altération du sang était primitive dans ces cas, et doit-elle être regardée comme la cause de l'hémorrhagie, ou bien en était-elle simplement la conséquence ? C'est ce que nous ne saurions décider.

A l'autopsie, on trouve ordinairement l'ombilic cicatrisé, la veine ombilicale oblitérée, les artères béantes ; le plus souvent une seule est perméable, et c'est ordinairement la droite. Dans notre observation, il faut remarquer qu'il existait une double artérite ombilicale, caractérisée par la présence de pus et de caillots dans une étendue de 2 centimètres ; lésion rarement décrite, et dont j'ai déjà cité un exemple. (*Mémoire sur la péritonite* ; *Archives*, août 1846, p. 407.)

Presque tous les moyens employés ont échoué : l'usage intérieur et extérieur des hémostatiques, de l'alun, de l'oxycrat, de la colophane, des poudres absorbantes, de la glace, les cautérisations avec la potasse, le nitrate d'argent, avec le fer rouge, la compression faite de différentes façons, avec des compresses coniques maintenues par le sparadrap de diachylon, comme l'a conseillé Underwood ; avec le doigt et prolongé pendant trente heures, comme l'a fait M. Richard (de Nancy). Tous ces moyens n'ont point paru avoir une grande efficacité ; et bien que quelques-uns aient paru diminuer et même arrêter l'hémorrhagie après avoir été longtemps prolongés, ils sont trop peu fidèles pour qu'on perde un temps précieux en insistant sur leur emploi.

On sera peu disposé à avoir recours, ainsi qu'on l'a proposé, à la ligature des artères ombilicales faite par une incision pratiquée sur les parois du ventre. La ligature du tubercule de la cicatrice ombilicale a seule donné des résultats satisfaisants, jusqu'à présent du moins.

M. le professeur Dubois traversa avec une épingle le tubercule saignant juste à sa base, et fit au-dessous une ligature double. Le sang ayant reparu, l'épingle fut soulevée, et la ligature comprit le tubercule tout entier et la portion de la peau qui entoure la base du cordon; elle fut serrée ensuite à deux reprises, et enlevée au bout de sept jours avant la section complète des parties.

M. Jennin suivit un procédé analogue : il employa une aiguille à coudre ; il ne l'enfonça point à la base du tubercule, et ne prit qu'un tiers environ de sa hauteur. L'aiguille tomba le quatrième jour.

En présence d'un accident aussi grave que celui qui nous occupe, le praticien ne doit donc point hésiter à mettre immédiatement en usage la ligature, sans tenter les autres moyens hémostatiques que nous avons mentionnés, et dont on a reconnu l'insuffisance.

De l'éclampsie ou affection convulsive chez les enfants; par M. le docteur Dechaut.

(Suite et fin : *voir* t. I, février 1848, p. 200.)

(Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse, décembre 1847.)

§ V. — *Caractères anatomiques.* — Les caractères sont quelquefois nuls ; c'est ce qui caractérise, dans la rigueur de l'acception, l'éclampsie essentielle ou sans matière. Cependant nous rattachons encore à cette forme les altérations qui se développent rapidement dans une attaque aiguë ; ainsi on trouve fréquemment à ces autopsies une congestion sanguine et congestion séreuse. La substance cérébrale coupée par tranches offre un aspect sablé et pointillé de gouttelettes de sang; les vaisseaux de la pie-mère en sont gorgés, et sous l'influence de cette réplétion, la partie séreuse a transudé à travers leurs parois, et s'est épanchée dans le tissu cellulaire sous-aracnoïdien. Les plexus choroïdes semblent plus injectés, et les ventricules contiennent quelquefois un peu de sérosité. Cette congestion tend à produire un double effet compressif, d'une part par l'augmentation de volume du cerveau abreuvé d'une plus grande quantité de sang, de l'autre par la diminution de capacité du crâne qui résulte de l'extravasation séreuse, et de l'engorgement des membranes. Nul doute que dans les crises il se forme à des degrés variés

des congestions semblables, qui peuvent devenir une sorte d'habitude, qui pervertissent les fonctions du cerveau, et qui entretiennent l'éclampsie.

Pour l'éclampsie symptomatique, on rencontre des lésions chroniques : des tubercules, des abcès de la substance cérébrale et de ses membranes d'enveloppe, des caries de la boite osseuse, des méningites; chez les nouveau-nés, l'hydrocéphale et les arrêts de développement du cerveau. J'ai rapporté dans ma thèse l'observation d'un anencéphale, parfaitement développé, du reste, qui vécut quatre jours, pendant lesquels il fut presque toujours en convulsions : à l'autopsie, et à peu près suivant le pronostic admirable de M. Baron, nous trouvâmes le crâne rempli de liquide brunâtre, et les centres nerveux réduits au cervelet, à la protubérance annulaire et à la moelle épinière; il existait deux petits moignons, vestiges des pédoncules cérébraux, sans traces des hémisphères de chaque côté. — Du côté de la moelle, on observe le spina bifida, le ramollissement du cordon rachidien et les tubercules, les abcès, les caries de la colonne vertébrale, et toutes les lésions concomitantes du mal de Pott.

Dans plusieurs cas où l'éclampsie provenait des voies digestives, on a trouvé l'estomac plein de matières indigérées, des choux, de pain, de haricots, de mauvais fruits, de substances vénéneuses; des corps étrangers, des noyaux de cérises, de prunes, des vers intestinaux. — Souvent des invaginations, des gastro-entérites, des atrésies ou resserrements du canal intestinal, et l'imperforation de l'anus chez les nouveau-nés.

§ VI.—*Traitement.*—Le traitement doit s'adresser à la crise momentanée, à ses retours, à l'état aigu et à l'état chronique. Les moyens doivent être dirigés vers ces trois points principaux, les voies digestives, le système sanguin, le système nerveux. — Le traitement de la crise consiste à recueillir l'enfant, à le mettre sur un lit, à le déshabiller, à avoir soin qu'il ne se frappe pas, qu'il ne tombe pas, et à recourir aux premiers antispasmodiques qui se trouvent sous la main : les aspersions de quelques gouttes d'eau froide par la figure, les frictions avec l'eau de cologne, l'eau-de-vie, le vinaigre; à l'intérieur, l'eau de fleurs d'oranger, l'éther, quelques grains de sel de cuisine, introduits dans la bouche comme cela se pratique dans les campagnes, tous les petits moyens en un mot qui peuvent s'improviser immédiatement.

Mais pour peu que la maladie persiste, et qu'elle ait de la tendance à se reproduire, il faut l'attaquer avec promptitude et énergie jusque dans ses fondements. C'est alors que se révèle le

génie médical, qui sait si rapidement s'enquérir de tout ce qu'on peut tirer des parents, qui pressent la gravité du mal, qui en pénètre le siége et qui agit avec précision. C'est là une des grandes occasions de la médecine, quand le danger est imminent, quand les parents nous implorent, quand notre réputation est exposée, quand l'enfant est attiré dans les profondeurs de la mort, et qu'il faut l'arracher par les cheveux à *faucibus Orci*, ou rester convaincu de notre impuissance après des efforts inouis. — Notre position n'est pas moins difficile lorsque la maladie est chronique, qu'elle dure des mois, des années; lorsque le monde l'a déjà frappée d'un nom flétrissant, d'un nom qui fait horreur! Quelle patience, quelle conviction, quelle habileté seront les nôtres pour entretenir l'espérance qui s'éteint, la confiance qui s'ébranle, pour varier nos moyens à l'infini, et y insister indéfiniment jusqu'à la guérison promise!

1° *Voies digestives.* — *Infantum morbi, si non omnes, plurimi tamen, ex ventre infimo tanquam equo trojano prodeunt.* (Harris.) — J'aime à citer cet aphorisme, qui, par une image originale et poétique, rappelle sans cesse à l'esprit l'importance du ventre dans les maladies de l'enfance. Oui, sinon toutes, au moins la plupart, proviennent du ventre, et c'est en agissant sur le ventre qu'on les guérit. Des émétiques, des purgatifs donnés à propos, à doses suffisantes, et répétés avec assez de persévérance, constituent une médication héroïque, soit qu'il y ait besoin d'expulser promptement des matières nuisibles, de rétablir des sécrétions perverties, de ranimer des contractions engourdies, ou d'enrayer, de briser des forces qui s'égarent.

Vous apprenez sûrement que l'enfant vient de prendre des aliments indigestes; vous avez essayé de précipiter la digestion par l'eau de menthe, l'eau de fleur d'oranger, le sirop d'éther : les convulsions persistent, vite ayez recours à un vomitif : il s'agit de sucreries coloriées et suspectes, de substances vénéneuses, vite un éméto-cathartique, qui balaie l'estomac et les intestins, et expulse tout ce qui reste à absorber : vous soupçonnez des vers, le ventre est tendu, les intestins sont pleins ou convulsés, purgez ou émétisez suivant l'urgence; donnez des lavements simples, antispasmodiques, laxatifs, si vous croyez à une rétention de matières fécales; donnez-en encore pour stimuler l'intestin, pour le calmer, ou déterminer une crise par les selles. — Enfin, le ventre est souple; rien n'annonce qu'il soit le point du départ du mal; mais les antiphlogistiques et les antispasmodiques ont été sans résultat; purgez et émétisez tout de même, dans un véritable but contre-stimulant, et rappelez-vous, pour

légitimer votre empirisme, la faiblesse et l'anéantissement dans lesquels vous jettent une colique, une diarrhée, le relâchement des muscles, et la syncope que produit le vomissement : tâchez de déterminer des états semblables, de couper les forces.

Le danger est moins pressant, mais la maladie est invétérée et tenace; la langue est chargée à la base, pointillée, rugueuse, effilée, rouge à la pointe ; le ventre est tendu ou n'est pas parfaitement souple ; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation, les digestions se font mal depuis longtemps : purgez d'une manière soutenue, tant que cet état persistera, pendant deux, trois mois et plus, du reste, avec toutes les précautions que ne manquera pas d'employer un praticien prudent. Allez jusqu'à ce que la langue soit large, rose et humide, bien arrosée de salive, le ventre souple comme une vessie pleine d'eau, les selles jaunes, moulées, faciles, d'une odeur supportable, l'appétit bon et la digestion libre. La langue est naturelle, le ventre souple, la digestion active, l'enfant fort ; mais des attaques d'éclampsie rebelles aux autres moyens se répètent plus ou moins souvent : exercez une révulsion, une contre-stimulation sur le canal intestinal, purgez encore de temps en temps.

Je pense qu'il suffit d'indiquer la médication sans entrer dans le détail des remèdes ; cependant je citerai comme m'ayant plus particulièrement réussi : pour émétique, une potion faite avec 150 grammes d'infusion de tilleul, 10 centigrammes de tartre stibié, 15 grammes d'eau de fleur d'oranger et 30 grammes de sirop d'ipécacuanha, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet satisfaisant, ou toutes les dix, toutes les cinq minutes, suivant l'urgence. Comme purgatifs, l'huile de ricin à la dose de 30 à 45 grammes, le calomélas à la dose de 1 gramme, divisé en quatre paquets, donnés toutes les deux heures dans le même jour, ou deux paquets un jour et les deux autres le lendemain. — Pour les enfants plus âgés, le sulfate de magnésie, de 15 à 20 grammes, ou les pilules d'Anderson, de une à trois; ces deux moyens quand on a besoin surtout d'une action répétée et soutenue.

Enfin je me trouve très-bien aussi des pilules suivantes, dont on peut varier la composition, suivant l'élément qu'on veut principalement combattre, et qui sont à la fois purgatives, antispasmodiques et stupéfiantes :

Calomel,	aa	1 gramme.
Aloès,		

Castoréum, } aa Camphre, }	75 centigrammes.
Extrait thébaïque,	20 centigrammes.
— de datura stramonium.	40 centigrammes.

M. F. S. A. 20 pilules à prendre de une à quatre par jour, une matin et soir, une le soir seulement, ou une le matin et deux le soir avec une tasse d'infusion d'arnica ou de valériane.

2° *Système sanguin.* — Chez les enfants, la nutrition est très-active, la formation du sang abondante, la circulation rapide, et sujette à s'embarrasser : leurs maladies revêtent souvent le caractère inflammatoire; ils sont sujets à la pléthore et aux congestions; à leurs autopsies on constate des inflammations franches, considérables. D'après toutes ces considérations et d'après l'expérience, il ne faut pas craindre de leur tirer du sang.

Dès que les convulsions dépassent les limites d'une attaque éphémère, dès qu'elles ont de la tendance à se répéter à moins d'être sûr d'une ingestion récente de matières indigestes ou nuisibles, avant tout, opérez une évacuation sanguine. Saignez du bras si vous le pouvez, appliquez des sangsues si vous en avez le temps, ne craignez pas de pratiquer l'artériotomie temporale si le danger est pressant.

Ne perdez pas votre temps à délibérer ni à raisonner; ne vous arrêtez pas à des considérations oiseuses, à de petites contre-indications qui se rencontrent à chaque pas, que le plus ignorant pourra vous soulever. Bientôt le mal vous aura gagné : la circulation suit l'intensité du mouvement, elle va se troubler, et il se formera des congestions sans retour. Saignez et saignez vîte toutes les fois que la crise est intense, qu'il s'agit d'un état aigu, toutes les fois que l'enfant est surpris dans l'état de santé, qu'il se nourrit bien, et qu'il a de la chair, n'importe sa coloration pâle, brune ou vermeille; il y a beaucoup de constitutions et de maladies au teint pâle, dans lesquelles le sang surabonde. Bien que je préconise et que je pratique la phlébotomie et l'artériotomie sur de jeunes enfants, je préfère cependant les sangsues quand on pourra se les procurer assez tôt. Elles ne constituent pas malheureusement un remède infaillible; mais c'est quelquefois une chose merveilleuse de voir combien les symptômes s'amendent aussitôt qu'elles ont commencé à prendre : on les appliquera suivant l'âge et la force de l'enfant au nombre de deux, quatre, six. Le lieu d'élection sera l'anus, parce que le ventre est ordinairement primitivement ou consécutivement affecté, et qu'on n'agit pas seulement sur lui par des purgatifs; en second lieu on les appliquera aux

chevilles des pieds pour joindre la révulsion à la déplétion, et en dernier ressort aux apophyses mastoïdes ; mais alors ayez soin qu'elles saignent bien, sinon elles attireront le sang au cerveau, et si l'enfant meurt, les mères ne manqueront pas de vous le reprocher.

Dans la forme chronique, lorsque le sujet est fort, on fera bien d'appliquer de deux à quatre sangsues à l'anus ou aux pieds, tous les deux ou trois mois.

Dans le cas où l'éclampsie est due à une anémie, on cherchera au contraire à rendre à l'économie le sang qui lui manque : si l'anémie provient d'une hémorrhagie subite, on se hâtera de faire prendre un peu d'eau vineuse, une potion cordiale, quelques cuillerées de bouillon ; si c'est une anémie lente, on administrera les préparations ferrugineuses et les toniques.

Nous placerons maintenant ici comme intermédiaire au système sanguin et au système nerveux une série de moyens qui agissent en effet sur ces deux systèmes, savoir : les révulsifs, les exutoires, les frictions, les topiques et les bains.

Révulsifs. — Le sang ne pèche pas seulement par sa quantité, il pèche par son cours, par les directions vicieuses qu'il prend. On cherchera à le ramener, à le sortir des foyers où il a de la tendance à s'accumuler, par les révulsifs cutanés, sinapismes, cataplasmes irritants, pédiluves, vésicatoires, etc.

Frictions. — Les frictions sont d'une grande importance ; elles semblent exercer une triple influence révulsive, magnétique et médicamenteuse : sur la poitrine elles rétablissent la respiration, sur le ventre elles l'assouplissent, elles y font circuler les matières ; sur les membres roides elles les amollissent par de douces pressions, elles y régularisent le cours du sang, du fluide nerveux ; elles agissent enfin par les matières absorbables avec lesquelles on les pratique. Faites-les vous-même et longtemps, avec la main bien appliquée sur la partie, faites-les à sec si vous n'avez rien ; avez-vous des antispasmodiques à votre disposition, ordonnez chez le pharmacien l'huile camphrée, l'huile de belladone, l'éther acétique, l'alcool de mélisse ou l'eau de Cologne, avec addition de 1 ou 2 grammes de laudanum pour 60 d'excipient.

Exutoires. — Les exutoires causent de la douleur, de l'irritation, de la démangeaison, et ouvrent une porte à la pléthore nerveuse en dégageant incessamment un peu de fluide nerveux ; ils appellent le sang dans leur voisinage, et le détournent d'une manière soutenue ; enfin, ils le dépurent en donnant issue à des âcretés, des humeurs, des matières peccantes, n'importe le

nom qu'on voudra donner à la sécrétion supplémentaire qu'ils déterminent.—On emploiera avec avantage les vésicatoires aux jambes, aux bras, le long de la colonne vertébrale, aux tempes, derrière les oreilles, et jusque sur le crâne lui-même.—Dans l'état chronique établira-t-on un sainbois, un cautère? oui, si l'enfant est humoral, et si l'expérience d'un point de suppuration a paru lui être favorable. — Les exutoires artificiels nous conduisent à la question des exutoires naturels, des eczémas, des impétigos, des croûtes de lait, des suintements, des suppurations, tous états qui sont si communs chez les enfants, que les mères sont si désireuses de faire passer, sur l'opportunité ou l'inopportunité desquels tant d'opinions ont été émises, que beaucoup de médecins ne savent que faire. En général on les modérera, on les fera disparaître des parties les plus visibles, les plus délicates, on les réléguera dans celles où ils sont moins gênants, moins disgracieux, on les guérira même complétement, en agissant par exemple sur l'état local et sur l'état général; mais on les respectera chez les enfants dangereux, chez ceux sur la viabilité desquels on a de grandes appréhensions.

Topiques. — Dans les crises d'éclampsie la tête est ordinairement brûlante; on y appliquera de la glace, des compresses trempées dans de l'eau froide, de l'eau vinaigrée, ou de l'eau éthérée; on pourra verser de l'éther sur le front, recouvert d'un linge fin, pour déterminer une réfrigération par l'évaporation de cette liqueur subtile. Sur le ventre on appliquera des cataplasmes chauds, émollients ou aromatiques. Les gens de la campagne mettent fréquemment de l'ail écrasé sur l'épigastre: laissons-les user de ce moyen qui est souvent le seul à leur portée; il fait un peu l'effet d'un sinapisme, d'un antispasmodique et d'un anthelminthique.

Bains. —Les bains agissent en disposant les muscles au relâchement, en détendant le ventre, en rafraîchissant le sang par l'eau qui s'absorbe, en l'appelant en plus grande abondance à la peau, et en décongestionnant les viscères. La vapeur qui pénètre dans les poumons, qui frappe l'odorat, n'est pas sans influence. Dans les crises même de convulsions, j'ai fait plusieurs fois mettre l'enfant dans un bain aromatisé avec des fleurs de tilleul, de la sauge, de la fleur de sureau, de la racine de valériane. — Si le bain est un peu chaud, on verse de l'eau froide sur le front en forme de douche réfrigérante.—Dans la forme chronique, c'est-à-dire lorsque les crises se représentent plus ou moins longtemps, les bains simples sont encore avantageux, mais particulièrement les bains sulfureux, surtout s'il y a simultanément quelque affec-

tion d'entrailles. Ces bains déterminent une rougeur, une congestion considérable vers la peau, qui doit dégorger beaucoup les organes internes, en même temps qu'ils sont toniques. — Aux riches et aux infortunés pour lesquels on pourra obtenir des billets d'hospice, on conseillera les bains d'eaux thermales ; ceux qui seront le plus à leur portée, et de préférence les sulfureux. — Enfin les bains de mer avec l'exercice de la natation pour les enfants un peu grands me semblent dans quelques circonstances très-convenables.

3° *Système nerveux.* — On agit sur le système nerveux par les antispasmodiques, par les narcotiques et les stupéfiants, et par l'éducation.

Antispasmodiques.—Existe-t-il des remèdes qui soient agréables aux nerfs, qui en modèrent les transports, et peut-on sérieusement et avec confiance recourir à cette classe de médicaments dits antispasmodiques, tour à tour dotés et dépossédés de propriétés merveilleuses ? J'avoue que je suis un peu du nombre des croyants, et que je les emploie volontiers, tout en rabattant ce qu'il y a d'exagéré dans les vertus qu'on leur prête. Je ne les regarde pas comme des moyens héroïques, mais bien comme de puissants adjuvants dont on aurait tort de se priver. — Les uns sont diffusibles et subtils, et conviennent dans la crise ; les autres sont plus fixes ; leur emploi se répète et se continue plus ou moins longtemps, et on peut les diriger contre le principe de la maladie. Dans la première catégorie se place l'éther, l'éther qui était en quelque sorte tombé dans la médecine domestique, que la haute pratique cherche à réhabiliter, et qui est appelé à une grande fortune si l'expérience confirme la rapidité et l'innocuité de ses vertus stupéfiantes. A côté viennent se ranger les teintures de musc, de castoréum, de différentes substances, et l'ammoniaque ou l'esprit de Mendérérus, qui a particulièrement une action efficace dans les spasmes des bronches, dans la dyspnée, ce qui pourrait bien trouver d'autres indications. Ces diverses liqueurs s'administrent par gouttes dans une potion, dans un verre d'eau sucrée, ou en inspirations, communément en présentant sous le nez un flacon débouché, un mouchoir imprégné, peut-être un jour avec un appareil à éthérisation. — La deuxième catégorie comprend le musc, le castoréum en substance, le camphre, l'assa-fœtida, l'extrait et la poudre de valériane, etc., qu'on administre surtout en lavements, en sirops ou en pilules, et dont on peut longtemps continuer l'usage sous cette dernière forme.—On seconde leur action par des tisanes appropriées de valériane, d'arnica, de feuilles d'oranger, de mélisse,

d'hysope, etc., ou bien on varie ; le matin on prescrit des tisanes dépuratives de chicorée, de cresson, des jus d'herbes, des amers, des antiscorbutiques, et le soir des pilules et une infusion antispasmodiques.

Narcotiques. — De concert avec les antispasmodiques on administre aussi les narcotiques. On les donne à l'état aigu après qu'on a désempli les premières voies jusqu'à dose stupéfiante, si le calme ne survient pas facilement, de manière à substituer un engourdissement, un sommeil forcé, à une agitation épuisante pour le sujet, fatigante pour les parents ; ainsi j'ordonne souvent une potion aromatique et opiacée, ou un lavement composé de 100 ou 150 grammes d'eau mucilagineuse, 20 centigrammes de musc et 4 ou 6 gouttes de laudanum. Je recommande beaucoup ce lavement musqué et laudanisé ; je l'ai emprunté à l'excellente pratique de M. Baron, et je m'en suis plusieurs fois bien trouvé. — Dans la forme chronique on les emploie à doses réfractées, et toujours à l'état combiné : par exemple, je formule des pilules antispasmodiques, auxquelles je fais ajouter pour chaque un centigramme d'extrait thébaïque et autant ou le double d'extrait de datura stramonium, de belladone ou de jusquiame, à prendre d'une à trois par jour.

Je pratique, comme on le voit, une médecine active et variée : à l'état aigu je ne lâche pas mon malade que je ne l'aie calmé, saigné, évacué ou narcotisé, ou que j'aie eu la douleur d'être convaincu de mon impuissance. Quand la maladie est ancienne et persévérante, je répète et j'emploie successivement, et pendant longtemps, la plupart des moyens que nous avons énumérés. Il est rare que, sous l'influence de cette médication persévérante et mixte, les crises ne soient pas modifiées, et je le dis en tout honneur, ce sont les succès auxquels je suis arrivé qui m'ont porté à aborder ce sujet important, auquel je n'aurai sans doute pas donné une forme littéraire et séduisante, mais dont, je crois, j'aurai traité le fond et l'application pratique.

Éducation. — L'éducation comprend la nutrition, l'exercice physique et l'exercice moral.

Nutrition. — On cherchera pour les enfants éclamptiques une nourrice *Béotienne*, une sorte de vache à lait, grasse, fraîche, forte, qui vive de la vie des entrailles plutôt que de celle du cerveau, calme, impassible, qui du reste s'occupe de son nourrisson et prenne plaisir à l'élever. — Après l'allaitement, on lui donnera une nourriture qui occupe longtemps ses organes digestifs, et qui lui fournisse un sang lourd plutôt qu'excitant. On lui fera manger un peu de tout, mais principalement des soupes,

du laitage, des légumes, et des fruits de bonne nature, et de la viande, et du vin seulement en petite quantité. Je ne suis pas partisan de ce régime de *bifteck* et de côtelettes, qu'il est de mode de prescrire maintenant. Sous cette riche alimentation, les enfants deviennent bien, si l'on veut, plus précoces, mais ils tombent souvent dans un état de *strictum*, qui n'est pas favorable à la croissance : l'état qui leur convient est le *laxum*, cet état où la circulation est facile, où les molécules constituantes peuvent être librement déposées, reprises et surajoutées les unes aux autres. Je ne suis pas exclusif; je ne veux pas débiliter le sujet; je ne proscris pas la viande pour lui substituer entièrement les féculents : je propose de mitiger ce régime animal qu'on est trop enclin à ordonner. Je veux faire prédominer le système abdominal et musculaire là où le système nerveux tend à prendre son essor avant d'avoir un support; je veux suivre la marche de la nature, faire un corps avant de faire un esprit. Si l'enfant est faible, on activera la nutrition par des amers, des digestifs, des antiscorbutiques et une bonne hygiène.

On surveillera l'appétit des enfants, on appréciera la capacité, la tolérance, la force de leur estomac; on se tiendra sur ses gardes quand ils mangent plus que d'habitude, qu'ils viennent trop replets, et on aura soin de ne pas les coucher le soir de suite après souper. On ne surveillera pas avec moins d'attention leurs selles, leur nombre, leur facilité, leur couleur, leur odeur, leur consistance; il faut qu'elles soient jaunes, molles et au nombre de deux ou trois par jour : craignez la constipation à l'égal du dévoiement, et les matières cordelées, et noires et fétides; donnez alors des boissons adoucissantes, des aliments relâchants, des lavements et des bains. — On peut certainement poser cet aphorisme : « Dis-moi comment tu *fais*, je te dirai comment tu te portes ». — Je pense, comme Bordeu, que nous vivons plus d'air que de pain, et que c'est en effet la raison pour laquelle, disait-il, les montagnards étaient si frais avec leur pain noir, et les Parisiens si étiolés avec leur riche alimentation. On recherchera donc une habitation saine, une rue aérée, une maison avec un jardin; on fera promener les enfants, on les mènera à la campagne, et dans quelques cas on les y reléguera complétement.

Exercice physique. — L'exercice physique consiste pour le nourrisson à ne pas le laisser trop longtemps au berceau, à le porter, à le promener, à le secouer lorsqu'on le change, à lui donner le temps de s'égayer un bon petit moment, à lui faire faire l'essai de ses petits membres. Plus tard, ce seront ces mille exercices, dans le détail desquels nous n'entrerons pas ici, qui

tous doivent avoir pour but de développer le corps, de le fortifier, et de dépenser la nervosité. On ne couchera pas les enfants éclamptiques sans qu'ils se soient exercés et fatigués, il faut les mettre au lit pour se reposer, pour réparer, et non pas pour s'en débarrasser.

Exercice moral. — On donne cours à l'esprit du nourrisson en l'agaçant, en souriant avec lui, en le faisant gazouiller, en frappant ses sens, en le faisant voir, entendre, toucher; en lui faisant de la voix, des signes et des gestes; ces discours, ces conversations qu'il comprend être pour lui, et que les nourrices instinctives savent mieux lui adresser que les personnes savantes. Comme les organes de la digestion et de la locomotion, l'esprit doit être exercé, mais il doit suivre la progression. Le corps apparaît d'abord, puis l'esprit perce et anime la matière : de même l'enfant doit se fortifier avant de trop sentir et de trop exprimer. L'exercice de l'esprit est peut-être un des plus fatigants. La Bible a dit que le corps perd l'esprit; je ferai volontiers dire à la médecine que l'esprit perd le corps. Il faut se borner chez les enfants à pressentir la disposition, l'aptitude, le germe de l'intelligence; mais il ne faut pas chercher à la faire se développer trop tôt. — Il y a une sorte de solidarité et d'antagonisme entre ces trois fonctions, nutrition, locomotion, intelligence; toutes trois sont distinctes, et paraissent avoir une même source nerveuse; l'une obscurcit l'autre, on peut atténuer l'une en faisant révulsion sur les deux autres, principe d'une grande importance et qu'on devrait plus généralement appliquer. Si donc l'enfant auquel on a affaire a trop d'esprit, on cherchera à *l'abêtir* en faisant prédominer en lui la vie de nutrition et de locomotion sur celle de l'intelligence.

Recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire; par L. **Gosselin**, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.

(Suite : *voir* t. I, février 1848, p. 232.)

(Archives générales de Médecine, février 1848.)

2° *Kystes et autres maladies de l'appendice testiculaire.* — J'ai à dessein laissé de côté les petits kystes qui se développent sur l'appendice du testicule; mais comme cet appendice est à peine connu, et indiqué seulement par un petit nombre d'anatomistes, j'ai besoin d'entrer à son égard dans quelques détails.

L'appendice testiculaire est une petite masse cellulo-fibreuse,

quelquefois graisseuse, qui se rencontre normalement et à tous les âges sur la tunique albuginée du testicule, immédiatement au-dessous de la tête de l'épididyme. Son volume ne dépasse guère celui d'un pois, et il est souvent moindre; il est ordinairement piriforme, quelquefois aplati d'un côté à l'autre ; parfois il présente simplement l'aspect d'un petit lambeau membraneux.

L'appendice a une extrémité libre et une extrémité adhérente. La première est toujours la plus grosse et la plus renflée; la seconde devient quelquefois assez mince pour représenter un pédicule. J'ai vu dans plusieurs cas ce pédicule extrêmement grêle, et paraissant sur le point de se déchirer ; une fois même, sur le testicule gauche d'un enfant nouveau-né, j'ai trouvé, à la place qu'occupe habituellement l'appendice, une toute petite saillie irrégulière qui semblait être le reste d'une déchirure récente ; il y avait en outre sur la face externe du testicule une masse comme fongueuse, libre de toutes parts, en tout semblable pour l'aspect à l'appendice lui-même, qui sans doute s'était détaché et était devenu libre dans la tunique vaginale. On ne voyait, du reste, dans la séreuse ni liquide ni fausses membranes. Je ne sais trop ce que serait devenue cette production, si l'enfant avait vécu; peut-être cependant aurait-elle été résorbée : ce qui me porte à croire la chose possible, c'est que, sur un petit nombre de testicules, j'ai vainement cherché l'appendice, il n'en restait aucune trace ; et comme son existence est une chose assez constante, je me suis demandé s'il n'y aurait pas eu dans ces cas une déchirure semblable à celle que j'ai si bien observée, puis une disparition consécutive.

La position de l'appendice n'est pas absolument invariable, quoique ses changements aient toujours lieu dans des limites assez étroites : ainsi, il est plus ou moins rapproché de l'épididyme ; mais cependant, il est toujours bien plus une dépendance de la séreuse testiculaire que de la séreuse épididymaire.

Pour ce qui est de la structure, cette partie est habituellement solide et pleine. La substance qui la forme est du tissu cellulaire condensé, quelquefois un peu graisseux ; mais la graisse n'y est jamais en très-grande abondance. Cette substance est très-manifestement enveloppée de tous côtés par la séreuse, en sorte qu'on peut la regarder comme une production du tissu cellulaire sous-séreux, analogue aux appendices du péritoine et des autres membranes séreuses. C'est pourquoi j'ai accepté cette dénomination proposée déjà par Huschke dans son *Traité de splanchnologie*. La substance de l'appendice est quelquefois pâle ; dans d'autres cas, elle est rouge, très-vasculaire et gorgée de sang ; il y a d'ailleurs,

sous ce rapport, une foule de variétés individuelles dont il serait inutile d'indiquer ici toutes les nuances.

J'ai vu souvent l'appendice augmenté de volume par une infiltration considérable de sérosité dans son épaisseur, et cela particulièrement lorsque la tunique vaginale contenait beaucoup de liquide, au milieu duquel se trouvait plongée la partie dont nous nous occupons.

Si à présent l'on se demande quels sont les usages de cette partie, que je regarde comme normale, et que j'ai retrouvée sur les sujets de tout âge, je répondrai, avec Huschke, qu'elle a de l'analogie avec les replis des autres membranes séreuses, et que son but principal, sans être fort important, est d'augmenter un peu l'étendue de la surface exhalante. Je me suis demandé également si les vaisseaux, souvent très-abondants, qui se distribuent dans ce point, n'auraient pas là quelque importance soit pour la sécrétion, soit pour l'absorption de la sérosité, et si, dans ce but, l'appendice ne serait pas destiné à maintenir habituellement plus vasculaire la partie correspondante de la tunique vaginale.

Je dis maintenant que l'appendice testiculaire ainsi décrit peut devenir le siége de quelques altérations, et particulièrement de kystes; et je dois ici faire part d'une erreur qui a été commise par quelques auteurs : cette erreur consiste à regarder comme un kyste l'appendice lui-même, alors qu'il n'offre pas de cavité accidentelle. Je vois, par exemple, que Morgagni, en parlant des *hydatides*, donne comme leur siége le plus ordinaire cette partie située au-dessous de l'épididyme où se trouve précisement l'appendice, et il ressort de tout ce qu'a écrit Morgagni en divers passages du *Sedibus et causis morborum*, qu'il a pu prendre, en effet, pour des hydatides ou des kystes la production que nous venons de décrire. Après lui, personne, que je sache, n'a signalé d'une manière particulière l'appendice, à l'exception de Huschke; mais ce dernier auteur, tout en donnant une idée plus exacte de l'appendice, a cependant encore eu le tort de le confondre avec les kystes, en disant : « On rencontre régulièrement, chez l'enfant comme chez l'adulte, une *hydatide* de 1 à 5 lignes de diamètre qui est située à l'endroit où le testicule se continue avec la tête de l'épididyme. » Et plus loin : « Je serais tenté de la regarder comme une répétition des lobes adipeux des grenouilles, comme un essai de formation de graisse, comparable surtout aux épiploons lombaires de plusieurs mammifères. »

Je ne veux pas revenir sur ce qu'il y a d'impropre dans ce mot *hydatide*; mais il est évident que ces auteurs ont confondu là deux choses bien différentes, savoir : les petits kystes, productions acci-

dentelles se développant dans la tête de l'épididyme et n'existant que chez les sujets adultes et les vieillards, et l'appendice, production normale, régulière, existant à tous les âges de la vie, et analogue à ces productions des membranes séreuses qui ont pour effet de les étaler, et d'augmenter ainsi leur surface exhalante.

Ce qu'il faut ajouter, c'est que l'appendice, comme je le disais tout à l'heure, devient quelquefois le siége de kystes; mais la chose est beaucoup trop rare pour que l'on puisse être autorisé à donner le nom d'hydatide à l'appendice lui-même. Je n'en ai rencontré que sept fois et c'était toujours sur des testicules de vieillards. Alors, la petite saillie se trouvait composée de deux portions, une rougeâtre et comme fongueuse, l'autre grisâtre, arrondie et manifestement formée par un liquide dans une poche. En ouvrant le kyste, j'ai trouvé le liquide tantôt jaunâtre, tantôt un peu trouble, exactement comme dans ceux de l'épididyme, et l'examen microscopique m'a fourni les mêmes résultats, surtout en ce qui concerne l'absence des spermatozoaires ; et comme la collection liquide se forme ici au milieu d'un tissu qui n'a aucun rapport avec les vaisseaux séminifères, nous y voyons une nouvelle preuve que ces productions peuvent bien se développer en dehors des voies séminales et en vertu d'une tendance particulière.

Je crois d'ailleurs que les kystes développés dans l'épaisseur de l'appendice peuvent se rompre et verser leur contenu dans la tunique vaginale ; mais je n'en ai pas observé d'exemple. Après la rupture, l'appendice lui-même resterait avec ses caractères habituels, mais je répète encore une fois que ce serait une erreur que de regarder, avec Morgagni, l'appendice comme étant toujours le résultat d'un kyste rompu, et dont la paroi aurait subi un certain épaississement. L'existence de cette production à tous les âges, et en particulier chez l'enfant nouveau-né ; d'une autre part, la rareté des kystes en ce point, et leur développement à un âge avancé, sont les raisons qui combattent cette manière de voir.

J'ajouterai que j'ai trouvé une fois de petites concrétions dans un de ces kystes dépendant de l'appendice, et que plusieurs fois j'ai vu à la surface de ce dernier des concrétions plus volumineuses, adhérentes seulement par une substance comme gélatiniforme. Je crois que les corps libres de la tunique vaginale se développent souvent de cette manière à la surface de l'appendice, dont ils se détachent ultérieurement ; mais il ne m'est pas possible de donner la cause ni d'expliquer le mécanisme de cette formation.

8° *Des grands kystes.* — Je me suis occupé jusqu'à présent

d'une production accidentelle qui n'a guère de rapports avec la pratique chirurgicale, et qui nous intéresse plutôt au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique. Les kystes dont il me reste à parler rentrent an contraire dans le domaine de la chirurgie et complètent la catégorie des hydrocèles.

Je dirai d'abord que ces grands kystes ont été déjà signalés, et particulièrement par les chirurgiens anglais; je ne veux pas parler ici de l'affection décrite par A. Cooper, sous le nom de *maladie enkystée du testicule*. Dans cette maladie, qui est assez rare, et dont je n'ai pour ma part observé qu'un seul exemple, les kystes sont parenchymateux et occupent la cavité de la tunique albuginée : au contraire, ceux dont il va être question occupent l'extérieur de la tunique albuginée et se développent sous la séreuse ; si je laisse de côté la maladie d'A. Cooper, c'est tout simplement parce que je n'en ai pas vu, ni disséqué moi-même un assez grand nombre, pour en avancer l'étude en quoi que ce soit.

Brodie me paraît être le premier chirurgien qui ait fait connaître les grands kystes superficiels du testicule et de l'épididyme. Ses recherches se trouvent consignées dans les *Archives générales de médecine* (t. XIII et XIV, 1re série), qui ont donné la traduction d'un article publié dans un journal anglais en octobre 1826; on les trouve encore plus détaillées dans la reproduction des leçons de ce chirurgien (*London medical gaz.*, t. XIII; 1834). Là, en effet, en parlant de l'hydrocèle enkystée, Brodie admet trois variétés principales, savoir : l'hydrocèle enkystée du cordon, celle du testicule et celle de l'épididyme ; ces deux dernières sont constituées par des kystes qui se développent au-dessous du feuillet viscéral de la tunique vaginale. L'auteur n'a pas décrit du tout les petits kystes ; il ne s'est occupé que de ceux qui intéressent le praticien, et surtout il n'a pas donné toutes les notions anatomo-pathologiques qui eussent été nécessaires pour fixer suffisamment l'attention des chirurgiens.

Longtemps après les premières publications des travaux de Brodie, M. Curling, auteur d'un traité spécial sur les maladies du testicule (1844), a de nouveau signalé la maladie dont je m'occupe (on trouve un extrait fort détaillé du livre de Curling, dans *Britisch medical review*, t. XVII). Cet auteur a bien indiqué les différences de volume que les kystes du testicule et de l'épididyme peuvent offrir, et pour les grands, il a reproduit, à peu de chose près, la description de Brodie, dont je parlais tout à l'heure.

Quelques faits de détail, sur lesquels j'aurai l'occasion de re-

venir, ont encore été cités dans les recueils anglais; mais ces faits, comme ceux de Brodie et de Curling, ont échappé à la plupart des chirurgiens. parce que l'anatomie pathologique n'a pas été bien faite. En France, à peine les grands kystes du testicule sont-ils connus; vainement vous en chercheriez une indication dans les livres de Boyer, Richerand, Dupuytren, ou dans les leçons de nos maîtres actuels. M. le professeur Velpeau lui-même, qui a écrit sur l'hydrocèle et sur les maladies du testicule des articles si complets dans le *Dictionnaire de médecine*, a laissé de côté cette variété incontestablement fort curieuse de l'hydrocèle. C'est qu'en France, et on ne doit pas s'en plaindre, il nous faut des connaissances positives. Une maladie nouvelle ou peu connue n'est pas éclairée suffisamment par les faits cliniques, il faut que l'anatomie intervienne et nous fasse toucher du doigt les difficultés et les réalités du sujet. Voilà ce qui a manqué pour cette maladie; il y a donc là une petite lacune, et je veux essayer de la combler.

J'ai d'ailleurs feuilleté quelques recueils périodiques français, et j'y ai trouvé fort peu de chose. Je mentionnerai cependant un fait très-curieux; il a été observé par M. Gerdy, qui a cru devoir, dans ce cas, pratiquer l'extirpation de la tumeur; or, je ne doute pas, pour ma part, que cette méthode soit la moins convenable de toutes, et j'espère que l'étude anatomo-pathologique des kystes le démontrera suffisamment.

Je vais maintenant faire connaître quelques faits. Au mois d'octobre 1846, je trouvai, sur le testicule droit d'un sujet qui me servait à des préparations pour le concours de chef des travaux anatomiques, un kyste gros comme une noix un peu forte. Ce kyste était placé au-dessous de l'épididyme, entre ce corps et le bord supérieur du testicule; mais, à cause de son volume, il dépassait les bords et l'extrémité de l'épididyme. J'avais senti à travers la peau du scrotum une tumeur anormale, et certainement cette poche était assez grosse pour que le malade ait pu la sentir. Elle était ainsi dans la condition que j'ai voulu implicitement indiquer en me servant de cette expression : *grands kystes;* j'ai entendu désigner par là, en effet, ceux qui prenaient assez de volume pour être offerts aux soins de la chirurgie.

Avant d'ouvrir ce kyste, je m'occupai d'injecter le testicule à l'essence de térébenthine. L'épididyme s'est très-bien rempli jusqu'à son extrémité, et l'injection a passé par les vaisseaux efférents dans le corps d'Highmore; j'ai pu voir alors très-bien que ces vaisseaux efférents contournaient la partie postérieure du kyste, qui les avait un peu refoulés. Du reste, la matière à

injection n'est point du tout arrivée dans la poche. J'ai ensuite ouvert : il s'est écoulé un liquide grisâtre que je n'ai point examiné au microscope.

Le 2 mai 1847, j'ai trouvé, sur le testicule droit d'un sujet qui pouvait avoir cinquante ans, un kyste gros comme une petite noix ; il se trouvait à l'extrémté de la tête de l'épididyme qu'il semblait continuer, se prolongeant cependaut un peu au-dessous de lui pour se mettre en rapport avec le bord supérieur du testicule. J'ouvris immédiatement la poche : il s'en écoula un liquide *grisâtre, opalin.* Ce liquide examiné au microscope, à quatre reprises différentes, contenait une innombrable quantité d'animalcules spermatiques morts, avec une évidence parfaite.

Je pris à diverses reprises un peu de liquide dans le canal déférent; je n'y trouvai pas du tout de spermatozoaires, et je n'en trouvai pas davantage dans le liquide recueilli le lendemain sur une coupe de l'épididyme, et dans les voies spermatiques du côté opposé; je tiens à ce qu'on remarque bien cette circonstance : spermatozoaires très-abondants dans le kyste, absence d'animalcules dans les voies spermatiques.

Le kyste étant vidé, j'agrandis un peu son ouverture, et j'examinai sa surface interne : elle était partout lisse et luisante, et je ne pus voir en aucun point de déchirure ou d'ouverture par laquelle eût été possible le passage d'un liquide venant de l'épididyme. La paroi était fort étroitement appliquée contre la substance de ce dernier; je suis parvenu à l'en séparer avec le scalpel, mais il a fallu faire une dissection très-attentive. J'aurais voulu voir le résultat d'une injection ; mais une rupture se fit vers le milieu de l'épididyme, l'essence de térébenthine s'épancha, et il fallut renoncer à ce mode d'exploration.

Il y a dans ce fait trois choses importantes : un kyste bien circonscrit, un liquide opalin, et des spermatozoaires. Ces trois choses, en effet, peuvent se rencontrer pendant la vie, et servir par conséquent au diagnostic. En voici un exemple que j'ai observé dernièrement à l'hôpital Saint-Antoine :

Biard (Jean-Nicolas), âgé de 65 ans, homme de peine, un peu affaibli par l'âge et par des travaux pénibles, a éprouvé il y a trois ans un sensation de piqûre ou de déchirure vers le testicule droit, au moment où il soulevait de terre un lourd fardeau. A peine y eut-il de la douleur; le malade n'en continua pas moins ses occupations ; mais une petite tumeur ne tarda pas à se montrer, elle augmenta peu à peu de volume, et finit par devenir gênante à cause de son poids et des tiraillements qu'elle occasionnait.

Le malade se présente à l'hôpital le 13 avril 1847 ; nous trouvons dans le côté droit du scrotum une tumeur de forme assez singulière à la vue ; mais le toucher fait bientôt reconnaître que cette tumeur, placée tout à fait au bas du cordon spermatique, est bien distincte du testicule qui, se trouvant au-dessous un peu en arrière, est comme coiffé par elle. Son volume est à peu près celui d'une petite pomme d'api ; elle présente une fluctuation et une transparence des plus évidentes.

Il s'agissait là d'une hydrocèle qui n'était point dans la tunique vaginale, puisque le testicule n'était pas entouré de tous côtés, et se trouvait parfaitement distinct au-dessous de la tumeur. C'était donc une hydrocèle enkystée, et je pensai qu'il s'agissait d'une hydrocèle enkystée du cordon. En effet, il arrive quelquefois, et j'ai eu l'occasion d'en disséquer un très-bel exemple, que la partie la plus inférieure du cordon spermatique devient le siége de collections aqueuses ; l'hydrocèle enkystée alors n'a pas cette mobilité si remarquable de celles qui se développent sur les autres points de la longueur du cordon spermatique.

J'opérai ce malade le 19 avril ; la ponction donna issue environ à 120 grammes d'un liquide trouble, opalin, dont l'aspect par conséquent était bien différent de celui de la sérosité ordinaire des hydrocèles ; puis je fis l'injection iodée.

Ce liquide opalin, examiné le jour même au microscope, était rempli de spermatozoaires.

Je n'hésitai pas dès lors à changer mon diagnostic et à penser qu'il s'agissait d'un kyste développé entre le testicule et l'épididyme, semblable à ceux dont j'ai tout à l'heure cité des exemples, et à ceux que Brodie a indiqués sous le nom d'hydrocèles enkystées de l'épididyme. En effet, il n'est pas possible d'admettre que, dans le tissu cellulaire du cordon, un peu loin par conséquent des conduits spermatiques, il se développe un kyste renfermant des animalcules.

Les suites de l'opération n'ont offert rien de particulier ; l'inflammation consécutive n'a pas été très-intense ; le malade a quitté l'hôpital le 6 mai, conservant encore un peu de gonflement, sans fluctuation et sans transparence ; je lui avais recommandé de venir nous voir de temps en temps, parce que je tenais à savoir si la guérison s'était maintenue. Il est revenu une seule fois au bout de trois semaines ; la tuméfaction était moindre qu'à l'époque de sa sortie, mais il restait encore un noyau assez dur à la place occupée primitivement par le kyste.

Dans les faits qui précèdent, la poche anormale est bien circonscrite et fait saillie dans la cavité de la tunique vaginale, qui

ne présente elle-même rien de particulier ; mais il est possible aussi que, refoulé par l'accroissement considérable du kyste, le feuillet viscéral vienne se mettre en contact et adhérer dans une certaine étendue avec le feuillet pariétal, et qu'ainsi le kyste, considérablement développé, soit pris pour la tunique vaginale elle-même, distendue par une hydrocèle. En voici un exemple :

Le 17 septembre 1847, j'ai trouvé, sur le cadavre d'un homme qui pouvait avoir 55 ans, le côté gauche du scrotum distendu par une collection liquide plus volumineuse que le poing; la distension était régulière et uniforme, et je ne doutai pas qu'il s'agissait d'une hydrocèle ordinaire. Je fis une ponction avec la pointe d'un scalpel, et je vis sortir un liquide opalin et non séreux comme dans l'hydrocèle simple. Prévenu par cette couleur, d'après mes observations antécédentes, j'examinai ce liquide au microscope, et j'y trouvai en effet un très-grand nombre de spermatozoaires ; j'ai ensuite, ce jour-là et les jours suivants, examiné de la même façon le liquide recueilli dans le canal déférent sur ce testicule et sur celui du côté opposé qui n'offrait rien d'anormal ; je n'ai pu y rencontrer un seul animalcule, exactement comme dans le second fait que j'ai rapporté.

Je crus pendant quelque temps avoir sous les yeux l'exemple d'une hydrocèle de la tunique vaginale renfermant des spermatozoaires, et je me mis en devoir de chercher par quelle voie les animalcules avaient pu se faire jour dans la cavité de la séreuse; mais je remarquai d'abord une chose, c'est que, la poche étant largement ouverte, le testicule n'y faisait pas saillie, comme cela a lieu habituellement ; il semblait refoulé, et ne présentait pas sa couleur blanche ordinaire. Je retournai alors la pièce, pour chercher le côté interne du testitule que je ne voyais pas dans l'intérieur de la poche : quel ne fut pas mon étonnement de trouver là, après avoir disséqué couche par couche, une autre cavité sans liquide, c'est-à-dire la vraie tunique vaginale, sans aucune communication avec la grande poche précédemment ouverte !

J'ai reconnu, en un mot, que le liquide plein de spermatozoaires n'était pas dans la tunique vaginale, ainsi que j'avais dû le penser d'abord, mais qu'il occupait une poche accidentelle énormément dilatée. Cette poche avait refoulé la partie externe du feuillet viscéral de la séreuse ; des adhérences partielles s'étaient établies avec le feuillet pariétal, et ainsi, loin que la séreuse fût agrandie, elle avait perdu un peu de sa capacité. Je ne doute pas que, sur le vivant, tous les chirurgiens appelés à donner des soins à ce malade auraient cru opérer une hydrocèle de la tunique vaginale.

Les faits précédents, ajoutés à ceux qu'a rapportés Brodie, montrent donc qu'il peut se former dans l'appareil testiculaire des kystes indépendants de la tunique vaginale et susceptibles de prendre assez d'accroissement pour gêner les malades, et réclamer l'intervention de la chirurgie. D'après ce que j'ai vu, ces kystes se développent entre la tête de l'épididyme et le testicule; en s'accroissant, ils peuvent refouler en haut l'épididyme; ou bien, comme cela avait lieu dans le dernier cas, le sac anormal se développe davantage dans un sens, soit en dehors, soit en dedans, et il laisse la tête de l'épididyme appliquée sur le testicule.

La paroi du kyste, dans les faits de ce genre, est en rapport avec le feuillet viscéral de la séreuse au-dessous duquel il a pris naissance; en arrière, elle se trouve dans le voisinage des vaisseaux efférents; en haut, elle touche l'épididyme, et j'ai trouvé que ses connexions avec ce dernier étaient plus solides qu'avec le testicule. Ce que j'ai vu, au reste, ne m'autorise pas à décrire à part, comme l'a fait Brodie, l'hydrocèle enkystée de l'épididyme et celle du testicule. Il me paraît que ces sacs anormaux ont leur point de départ habituel au-dessous de l'épididyme, et jusqu'à présent je n'ai pas trouvé d'exemple de kyste un peu volumineux ayant pris naissance sur la tunique albuginée même; peut-être cependant y a-t-il à cet égard des variétés qui ne se sont pas présentées à mon observation.

Ce qu'il y a de remarquable pour ces kystes, c'est la fréquence et la quantité des spermatozoaires qui s'y trouvent mélangés. Peut-être le liquide est-il quelquefois séreux et sans animalcules; mais je n'en ai pas vu d'exemple, et il est positif que, dans les trois seuls faits pour lesquels j'ai employé le microscope, j'ai trouvé un grand nombre de ces animalcules en tout semblables à ceux qui se rencontrent dans le sperme. Je tiens à faire ressortir surtout la teinte opaline qu'a présentée le liquide dans ces faits; je pense que, dans les cas douteux, après une ponction, cette couleur du liquide mettra sur la voie, et devra faire soupçonner l'existence des animalcules spermatiques.

Et maintenant je pose cette question: l'existence des animalcules dans le liquide d'une hydrocèle devra-t-elle faire penser qu'il s'agit purement et simplement d'un kyste et non d'un épanchement dans la tunique vaginale elle-même? Si je m'en rapportais seulement aux faits que j'ai cités, la réponse ne serait pas douteuse; car dans ces faits, il est de toute évidence que l'épanchement n'était pas dans la tunique vaginale, et d'un autre côté, j'ai un grand nombre de fois examiné le liquide des hydrocèles ordinaires, et je n'y ai trouvé ni la couleur opaline, ni les

animalcules; mais comme il est possible que mes observations cadavériques n'aient pas encore été assez nombreuses, il est bon de rechercher ce qu'ont dit sur ce point les chirurgiens qui ont parlé de spermatozoaires dans le liquide de l'hydrocèle.

Or, voici ce qui nous frappe tout d'abord :

La plupart des chirurgiens qui ont mentionné la présence des zoospermes dans l'hydrocèle ordinaire se sont appuyés sur des faits cliniques, c'est-à-dire sur des opérations faites pendant la vie des malades : tels sont, par exemple, MM. Lloyd et Childs, en Angleterre, M. Velpeau, en France ; mais personne n'a démontré jusqu'à présent, par des observations anatomiques et des dissections, l'existence des animalcules dans la tunique vaginale. Or, on conçoit de suite l'objection : puisque les kystes de l'épididyme sont susceptibles de prendre, comme dans mon dernier fait, un accroissement assez grand pour qu'il soit impossible pendant la vie de les distinguer des hydrocèles ordinaires, il se pourrait bien que cette erreur eût été commise dans les cas des chirurgiens cités plus haut, et qu'ils eussent en réalité ponctionné un kyste, en croyant ponctionner la tunique vaginale.

D'un autre côté, les auteurs, qui ont occasion de trouver sur le cadavre des zoospermes dans les hydrocèles, les rencontrent dans des kystes indépendants de la tunique vaginale. Tel est, par exemple, M. James Paget ; ce chirurgien a fait connaître (*Medico-chirurgical*, t. XXVII) une autopsie, dans laquelle il a trouvé attaché à la surface de l'épididyme un kyste contenant un liquide *opaque* et *blanchâtre*, et une quantité innombrable de zoospermes morts. Mes résultats sont en tout semblables à ceux-là ; c'est-à-dire que, sur le cadavre, j'ai vainement cherché des zoospermes dans le liquide de la tunique vaginale, et j'en ai au contraire observé dans les kystes; sur le vivant, j'en ai trouvé également dans un cas où il ne peut s'élever aucun doute sur l'existence d'une hydrocèle enkystée.

Je tenais à faire ressortir cette circonstance; car on a, depuis quelques années, beaucoup agité la question de savoir comment et par quelle voie les zoospermes pouvaient arriver dans la tunique vaginale. Je ne reproduirai pas les opinions qui ont été émises à cet égard, mais je dirai tout simplement : la présence des zoospermes dans le liquide de la tunique vaginale est une chose qui n'a pas été démontrée par l'inspection cadavérique, et qui a besoin de l'être. (*La suite à un prochain numéro.*)

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME DE 1848.

TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES MATIÈRES.